

Sapienza Università di Roma

Facoltà di Medicina e Psicologia

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica

**“La valutazione psicodinamica della personalità: verso la
standardizzazione italiana dell’*Inventory of Personality
Organization* (IPO) di O. Kernberg”**

Dottorato di ricerca in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo

Ciclo XXIV

Dottoranda: Valeria Crisafulli

Tutor: Prof.ssa Alessandra De Coro

Cotutor: Prof. Vittorio Lingiardi,

Prof. Fabio Ferlazzo

A.A. 2011-2012

Indice	pagina
Introduzione.....	6
 Parte prima: La valutazione diagnostica tra clinica e ricerca.....	 11
Capitolo 1	
La diagnosi in psicologia dinamica: dal sintomo alla struttura.....	13
1.1 Introduzione alla diagnosi psicologica.....	13
1.2 Verso il DSM V: limiti e risorse di un sistema categoriale.....	19
1.3 Integrazione tra sistema categoriale e sistema dimensionale: la SWAP-200.....	23
1.4 La valutazione strutturale: l'OPD.....	27
1.5 Una diagnosi psicodinamicamente orientata: il PDM.....	32
1.6 La diagnosi nelle istituzioni: tra clinica e valutazione empirica.....	36
 Capitolo 2	
Il modello diagnostico di Otto Kernberg: i principali elementi della teoria clinica e gli strumenti concettuali ed empirici.....	42
2.1 Introduzione della diagnosi strutturale.....	42
2.2 Le tre organizzazioni strutturali della personalità.....	43
2.3 Il colloquio strutturale.....	53
2.3.1 Le fasi del colloquio.....	57
2.4 La STIPO.....	61
2.5 L' IPO.....	67
 Parte seconda: Verso la standardizzazione italiana dell'Inventory of Personality Organization.....	 76
Capitolo 3	
Uno studio sulle caratteristiche psicometriche dell'IPO.....	78

3.1 Obiettivi.....	78
3.2 Ipotesi Operative.....	79
3.3 Metodologia.....	80
3.3.1 Campione.....	80
3.3.2 Strumenti.....	83
3.3.2.1 Inventory of Personality Organization.....	83
3.3.2.2 Big Five Questionnaire.....	84
3.3.2.3 Psychological Well-Being.....	87
3.3.3 Procedure.....	91
3.4 Analisi statistiche.....	92
3.4.1 Analisi per la validità.....	92
3.4.2 Analisi per l'attendibilità.....	93
3.5 Risultati.....	93
3.5.1 Analisi fattoriale.....	93
3.5.2 Analisi delle correlazioni.....	101
3.5.3 Analisi discriminante.....	105
3.5.4 Analisi descrittive.....	106
3.5.5 Analisi delle caratteristiche operative.....	108
3.5.6 Test-retest.....	113
3.5.7 Stabilità interna.....	114
3.5.8 Analisi delle variabili socio-demografiche.....	115
3.6 Discussione dei risultati.....	118

Capitolo 4

Stili e organizzazioni di personalità: una proposta di <i>assessment</i> multi strumentale.....	126
4.1 Obiettivi.....	126
4.2 Ipotesi operative.....	127

4.3Metodologia.....	129
4.3.1 Campione.....	129
4.3.2 Strumenti e procedure.....	130
4.3.2.1 Inventory of Personality Organization.....	130
4.3.2.2 Shedler Assessment Procedure-200.....	131
4.3.2.3 Response Evaluation Measure-71.....	135
4.3.2.4 Symptom Check List-90.....	137
4.4 Analisi statistiche.....	139
4.5Risultati.....	139
4.5.1 Analisi descrittive.....	139
4.5.2 Confronti tra gruppi.....	145
4.5.3 Analisi delle correlazioni.....	148
4.6Discussione dei risultati.....	156
 Conclusioni.....	 161
 Appendice.....	 169
 <i>Bibliografia</i>	 <i>178</i>

Come lavoro preliminare, ho cominciato a collezionare 100 casi di nevrosi di angoscia; vorrei fare un'analogia di nevrastenici di entrambi i sessi, e anche di casi, più rari, di depressione periodica. Una seconda serie di un centinaio di casi non nervosi ne sarebbe un complemento necessario.

Sigmund Freud, minuta B, 8-02-1893

Introduzione

La diagnosi psicodinamica – e in particolare la messa a punto di strumenti concettuali ed empirici che permettano di organizzare la valutazione della personalità e del funzionamento generale di una persona al momento della cosiddetta “presa in carico” per un progetto di intervento terapeutico – rappresenta una delle aree di ricerca più significative nella psicologia dinamica degli ultimi vent’anni. L’esigenza di raffinare la valutazione diagnostica per arrivare ad una “formulazione del caso” che presenti caratteristiche di generalizzabilità ma che tenti anche di evidenziare le condizioni praticamente uniche di ogni situazione clinica è stata sostenuta da più parti, con il duplice obiettivo di fornire ai clinici, in particolare nel lavoro istituzionale che richiede tempi brevi di valutazione per ottimizzare le risorse e i rapporti spese/benefici, protocolli sufficientemente affidabili da garantire poi il successo dei trattamenti offerti in seguito alla valutazione iniziale, e di fornire ai ricercatori valutazioni della situazione clinica specifica sufficientemente puntuali e coerenti con i modelli di intervento, così da consentire una successiva valutazione degli interventi stessi che permetta di comprovarne efficacia ed eventuali fallimenti.

Principale obiettivo di questo lavoro di ricerca è stato quello di dare un contributo significativo all’adattamento in lingua italiana (e alla popolazione clinica italiana) di un questionario, messo a punto sulla base del modello strutturale di Otto Kernberg e dei successivi studi condotti dal suo gruppo di ricerca, che mira ad offrire in modo relativamente veloce e semplice informazioni valide e attendibili sul livello di “organizzazione strutturale della personalità”. Il questionario (*Inventory of Personality Organization*, Kernberg & Clarkin, 1995), standardizzato negli Stati Uniti (Lenzenweger et al., 2001) è stato da me tradotto per la prima volta in italiano (IPO – versione italiana: Crisafulli, 2009) sulla base di un confronto diretto con il dott. Clarkin, che ne ha approvato la backversion e che è stato direttamente interessato nella discussione dei primi risultati ottenuti con la versione italiana.

La tesi sostenuta ed esposta in questo lavoro riguarda la rilevanza della valutazione dell’organizzazione strutturale della personalità in un processo diagnostico e fornisce dei dati empirici a favore dell’introduzione, in contesti clinici italiani, del questionario americano

L'elaborato si compone di due parti che distinguono una rassegna della letteratura e dei principali contributi scientifici, da due studi empirici progettati e sviluppati al fine di verificare i nostri obiettivi e sostenere le nostre ipotesi, proponendo altresì un primo contributo alla validazione italiana dell'IPO.

La prima parte, "La valutazione diagnostica: tra clinica e ricerca" sintetizza gli aspetti principali del panorama scientifico attuale rispetto all'*assessment* e a quanto questo riguardi non solo la clinica psicologica e psichiatrica, ma anche la ricerca scientifica e la raccolta empirica di dati. In particolare, questa prima parte, vuole esporre i principali modelli diagnostici di riferimento prestando attenzione all'importanza e rilevanza di coniugare un'attenta analisi clinica a un certo rigore scientifico.

Il primo capitolo, "La diagnosi in psicologia dinamica: dal sintomo alla struttura", offre una sintesi dei principali contributi e dei modelli diagnostici che, a partire dalla diagnosi classica (attraverso le tradizionali nosografie DSM e ICD) che organizza segni e sintomi in categorie definite, hanno cercato di introdurre ulteriori vertici di osservazione dei pazienti, utili sia per avviare l'operalizzazione degli indicatori durante il processo diagnostico, sia per approfondire e migliorare l'intervento clinico. Ci siamo interrogati su cosa si intenda per "buona diagnosi" e quali siano i principali obiettivi che ci si pone nel processo di conoscenza del paziente sulla base delle diverse prospettive, risultato delle tre principali tradizioni, psicoanalitica, psichiatrica e psicometrica, che si sono occupate e hanno approfondito il discorso sulla valutazione psicopatologica. Ci siamo soffermati a descrivere il modello categoriale e descrittivo proprio del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM, APA, 1952, 1968, 1980 a, 1987, 1994, 2000) e abbiamo messo l'accento sul processo di costruzione e sulle evoluzioni più attuali che lo vedono protagonista. Partendo dalle nosografie classiche abbiamo cercato di esplorare alcuni tra i contributi, di matrice psicodinamica, che hanno cercato di ovviare a dei limiti propri della diagnosi psichiatrica classica: la *Shedler e Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200. Westen, Shedler, 1999 a, 1999b; Westen, Shedler, Lingardi, 1998) che vuole essere uno strumento empirico che valuta la personalità cercando di integrare un tipo di valutazione categoriale, vicina a quella del modello DSM, ad una di tipo dimensionale ed empiricamente derivata; la Diagnosi

Psicodinamica Operazionalizzata (OPD; gruppo OPD, 2001) che mira a raccogliere informazioni strutturali, oltre che sintomatiche e dei tratti, per integrare una lettura psicodinamica ad una più specificatamente fenomenologica, ed allo stesso tempo si propone di creare degli indici numerici per inserire la diagnosi in un processo di raccolta di dati operazionalizzati. Così abbiamo ritenuto necessario porre l'accento sul Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM, PDM Task Force, 2006), uno strumento definito una conquista politica e scientifica, in quanto si pone come la prima nosografia esplicitamente orientata alla lettura psicodinamica della psicopatologia: un manuale clinicamente utile ma costruito su solide basi empiriche, che possiamo definire un tentativo di coniugare un approccio nomotetico ad uno idiografico. Abbiamo concluso questo capitolo con un breve resoconto che concerne il lavoro nelle istituzioni sanitarie italiane, in che modo viene utilizzata la valutazione diagnostica nei servizi pubblici italiani che si occupano di salute mentale, quali sono le prospettive di miglioramento, i limiti e le risorse. Dall'inizio degli anni '90, infatti, una serie di decreti legislativi hanno dato inizio ad un processo di cambiamento all'interno delle strutture pubbliche per quel che concerne la diagnosi, virando verso una sempre maggiore integrazione tra pratica clinica e ricerca scientifica e ponendo l'accento sull'importanza di creare una rete e un terreno di dialogo e lavoro comune tra le strutture sanitarie, che si occupano di clinica, e i principali enti di ricerca, come le università, che lavorano per il progresso scientifico.

Dopo questa breve rassegna sui principali contributi, che hanno ampliato e migliorato il senso dato alla diagnosi psicopatologica, e sulla situazione attuale italiana rispetto alla valutazione diagnostica e alla necessità di affinare strumenti e prospettive per migliorare il processo di conoscenza e presa in carico degli utenti dei servizi pubblici, abbiamo sviluppato il secondo capitolo teorico, "Il modello diagnostico di Otto Kernberg: i principali elementi clinici e gli strumenti scientifici". Ci è sembrato necessario infatti descrivere brevemente il modello diagnostico messo a punto da Otto Kernberg proprio per ripercorrere le tappe che hanno prodotto la costruzione, negli Stati Uniti, dell'IPO. Abbiamo focalizzato l'attenzione sulla teoria dell'organizzazione strutturale e sui principali criteri psicodinamici, identità, meccanismi di difesa, rapporto con la realtà, che Kernberg identifica, attraverso un lungo lavoro clinico e di ricerca iniziato negli anni '70, come indicatori di gravità necessari, in una fase di valutazione dei pazienti, per distinguere le organizzazioni borderline di personalità e poter così definire la proposta di trattamento più consona. Questo capitolo vuole in

particolare mettere in evidenza, come il modello di Kernberg, di matrice specificatamente psicoanalitica, abbia, in qualche modo, sin dai suoi albori, mantenuto un atteggiamento empirico e di costante verifica. Accanto al modello teorico, infatti, Kernberg ha da sempre coniato e costruito degli strumenti che precisamente potessero permettere di raccogliere quei dati che lui stesso ritiene fondamentali, dal colloquio clinico strutturale, degli anni '80, fino alle ultime evoluzioni come la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO; Clarkin, Caligor, Stern e Kernberg, 2004) e l'IPO. Il gruppo di ricerca che lavora con Kernberg infatti è composto da clinici e ricercatori che costantemente mantengono un dialogo produttivo di scambio e integrazione delle loro diverse prospettive. La clinica offerta dal gruppo newyorkese è costantemente monitorata in termini empirici e segue una rigorosa metodologia scientifica. Il modello di Kernberg messo a punto tra gli anni '70 e '80 è stato adattato, studiato e perfezionato sulla base delle reali esigenze cliniche e delle scoperte scientifiche.

Questo excursus teorico tracciato nella prima parte dello scritto introduce l'oggetto di indagine del progetto di ricerca sviluppato nel dottorato. L'adattamento italiano dell'IPO, infatti, nasce proprio dall'esigenza di introdurre uno strumento di facile e agevole impiego, che possa integrare il lavoro di *assessment* che avviene nei servizi pubblici italiani, che aggiunga delle informazioni di tipo strutturale sul paziente e che ci dia degli indicatori chiaramente operazionalizzati che permettano di monitorare il processo e l'esito delle prestazioni erogate.

La seconda parte, "Verso la standardizzazione italiana dell'Inventory of Personality Organization", descrive i due studi empirici condotti. Entrambi si pongono l'obiettivo di riportare prove statistiche a sostegno della buona validità e attendibilità della versione italiana dell'IPO.

Il primo lavoro, "Uno studio sulle caratteristiche psicometriche dell'IPO", concerne i risultati della somministrazione del questionario, tradotto in lingua italiana, ad un campione della popolazione non clinica. I risultati mostrano le buone proprietà psicometriche dello strumento e una differente struttura fattoriale del test rispetto all'originale. Abbiamo condotto prove sulla capacità discriminante tra soggetti non clinici e soggetti appartenenti alla popolazione clinica che afferisce a strutture pubbliche italiane per la salute mentale, distinguendo due gruppi suddivisi per gravità

psicopatologica. Abbiamo condotto analisi sull'attendibilità, stabilità e coerenza interna del test, verificando parallelamente sia la versione fattoriale originaria dell'IPO che quella emersa dalla nostra analisi fattoriale.

Il secondo studio di ricerca, invece, "Stili e organizzazioni di personalità: una proposta di *assessment* multi strumentale", è un lavoro pilota che propone l'adozione dell'IPO all'interno di una batteria multi strumentale somministrata ad un piccolo gruppo di pazienti afferenti ad un Dipartimento di Salute Mentale romano per iniziare una psicoterapia. Il secondo lavoro vuole evidenziare in che modo l'IPO possa essere applicato a studi sui trattamenti psicologico-psichiatrici, quali siano i vantaggi ed i limiti rispetto alla sua integrazione in una fase di *assessment*, quale possa essere il suo eventuale impiego clinico.

Entrambi i lavori di ricerca evidenziano delle buone caratteristiche psicometriche dello strumento e mostrano dei risultati che rileggiamo, nelle "Conclusioni" della tesi, alla luce dei presupposti teorici esposti nella prima parte e dei risultati degli studi americani di costruzione e validazione dell'IPO.

PARTE PRIMA

LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA TRA CLINICA E RICERCA

Questa prima parte del lavoro è un'introduzione teorica al concetto di diagnosi inteso come processo di valutazione clinica di un paziente a livello psicologico ma anche come fase iniziale di raccolta dati per studi e approfondimenti di matrice empirica.

La diagnosi in psicologia è sempre stata oggetto di ampio dibattito, soprattutto nei contesti scientifici ad orientamento psicodinamico e psicoanalitico in senso stretto. Tracciare un profilo psicologico infatti ha diversi significati che variano sulla base dei vertici di osservazione considerati. In particolare si vuole porre l'accento sull'importanza di una valutazione iniziale non solo per formulare un'accurata indicazione di trattamento ma anche per avere indici operazionalizzati che permettano il potenziamento della ricerca scientifica nell'area della psicologia clinica in generale e nello specifico nello studio dell'efficacia e dell'efficienza della psicoterapia dinamica.

Dunque si vuole sottolineare che, a parte l'utilità clinica, la diagnosi ha un ampio valore scientifico e di ricerca, dunque sembra sempre più necessario che questi due vertici, clinica e ricerca, possano dialogare in modo armonico tra loro e non essere considerati come contrapposti. La ricerca in psicoterapia contemporanea, infatti, mira a trovare prove evidenti di efficacia ed efficienza del percorso di cura della mente: le domande che i ricercatori si pongono sono su come e cosa funzioni di un trattamento (ricerca sull'*outcome*) e su quali siano i metodi e le tecniche che determinino il cambiamento di un paziente (ricerca sul *processo*). Operazionalizzare un criterio psicopatologico in fase diagnostica, dunque, è offrire la possibilità che lo stesso possa essere monitorato, durante un processo psicoterapeutico, al fine di verificarne il cambiamento e l'eventuale miglioramento al termine della psicoterapia (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006)

Vengono esaminati recenti contributi che sono nati proprio dall'esigenza sempre più pressante di cercare di superare lo iato esistente tra la comprensione clinica e il rigore scientifico.

In questa prima parte , dunque, dopo una discussione dei contributi più recenti sulla diagnosi psicodinamica e sulla “formulazione del caso”, intesa come una parte teorica e tecnica, fra il lavoro clinico e la ricerca empirica, focalizzeremo l'attenzione sul lavoro dedicato alla diagnosi dell'organizzazione della personalità, secondo il modello di Otto Kernberg e del suo gruppo di lavoro. In quella sede, infatti, nasce la costruzione dell'*Inventory of Personality Organization* (IPO): uno strumento che si fonda su un costrutto clinico ad orientamento psicodinamico ma che risponde a requisiti tipicamente scientifici, oggetto centrale del mio lavoro di ricerca.

Capitolo 1

La diagnosi in psicologia dinamica: dal sintomo alla struttura

1.1 Introduzione alla diagnosi psicologica

Quando si parla di diagnosi non si può non riflettere sull'etimologia della parola stessa, conoscere (*gnosis*) attraverso (*dia*), e questo rimanda all'idea di un processo di raccolta di informazioni per mezzo di strumenti e procedure apposite. In psicologia "fare diagnosi" si riferisce ad un percorso che mira a tracciare un profilo del funzionamento mentale del paziente attraverso l'analisi dei suoi comportamenti, credenze, qualità relazionali. I requisiti essenziali sono sicuramente la specificità e la possibile generalizzabilità della "mappatura mentale" che si va a tracciare: in quanto ogni paziente è sicuramente un individuo con delle sue caratteristiche peculiari e specifiche ma allo stesso tempo è necessario, al fine di una condivisione con una comunità scientifica, che la sua valutazione rispetti dei criteri e dei parametri condivisi.

Fare una diagnosi psicologica, inoltre, rappresenta anche la fase iniziale dell'incontro e della conoscenza tra un clinico ed un paziente che vive un disagio emotivo. Scopo dunque è conoscere le dinamiche e gli elementi sottostanti tale disagio per accogliere ed indirizzare il soggetto verso la forma più idonea di trattamento (Mc Williams, 1994).

Sulla base di queste premesse è importante definire i principali presupposti su cui si fonda una diagnosi psicologica (Dazzi et al, 2009):

- 1) L'esplicitazione degli strumenti e delle procedure volte alla raccolta delle informazioni. Stabilire il grado di inferenza accettabile e le dimensioni su cui si intende indagare. Procedere alla raccolta delle informazioni considerando quali strumenti possano essere utili per raggiungere questi scopi. Una diagnosi esplicitata è una diagnosi attendibile e scientifica.
- 2) Considerare la letteratura clinica e applicativa e la solidità empirica degli strumenti selezionati.
- 3) Tenere presente che le diagnosi possono modificarsi col trascorrere del tempo, dunque scegliere delle procedure che siano stabili ma allo stesso tempo flessibili.

- 4) Considerare che la diagnosi avviene all'interno di una relazione tra due persone e considerare che una buona alleanza terapeutica fonda le sue radici in una adeguata alleanza diagnostica (Lingiardi, 2002).
- 5) Una diagnosi attendibile deve essere complessa, dunque tenere conto di diverse dimensioni e aspetti del funzionamento dell'individuo: motivazioni, stili cognitivi, tratti di personalità, disturbi clinici, rappresentazioni di sé e degli altri; proprio per questo spesso è necessario che si avvalga di diversi strumenti, dunque sia *multistrumentale* e *multidimensionale*. E' necessario sottolineare anche che tutti gli strumenti e le procedure adottate si inseriscono all'interno di una cornice che è il colloquio clinico, strumento di elezione per tracciare una buona diagnosi (Mc Williams, 1999).
- 6) La diagnosi, inoltre, per essere valida, non può prescindere dal senso che la persona attribuisce a sé stesso, alle sue esperienze ed alle sue caratteristiche (Barron, 1998).
- 7) E' importante aggiungere che l'oscillare tra le due polarità della conoscenza, *idiografica* e *nomotetica*, con cui si intende il dibattersi tra una conoscenza di tipo specifico e peculiare (*idio*) dell'individuo ed un'altra più generalizzabile che fa riferimento a leggi (*nomos*) condivise, trovi lo psicologo clinico a doversi destreggiare in quell' acceso dibattito che da tempo è presente in ambito clinico e di ricerca scientifica. Come sottolineano Dazzi e al. (2009, p.5) "lo sguardo dello psicologo deve sempre saper comprendere entrambe le polarità" .

Uno psicologo clinico, inoltre, sceglie la modalità diagnostica con cui valutare il proprio paziente. Esistono infatti diversi vertici ed ottiche dalle quali partire per costruire il profilo psicologico di un individuo. Sicuramente il modello più adottato, conosciuto e condiviso dalla comunità scientifica è quello *descrittivo* che si basa sulla valutazione attraverso le principali nosografie psichiatriche, quali il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM, APA, 1952, 1968, 1980 a, 1987, 1994, 2000), giunto ormai alla sua quarta edizione rivisitata, e il V capitolo dell'International Classification of Disease (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Attraverso la procedura "manualizzata" è possibile dare un nome ad una serie di segni e sintomi che vanno rilevati per lo più attraverso l'osservazione diretta dei comportamenti di un paziente e attraverso quanto riferito dal paziente stesso. La scelta di adottare criteri osservabili ed autoriferiti permette sicuramente di creare un linguaggio comune tra professionisti differenti con differenti orientamenti e formazioni, proprio perché la caratteristica di

ateoreticità mantiene sotto controllo la variabile dell' inferenza soggettiva del clinico. La conoscenza di un modello teorico, ritenuta un elemento di disturbo per esprimere una diagnosi *descrittiva* in senso stretto, assume la funzione di risorsa qualora si vogliano considerare rappresentazioni e processi impliciti del paziente per formularne una valutazione e dunque si stabilisca di avvalersi di un certo grado di inferenzialità da parte del clinico. La tradizione psicodinamica, in particolare, a partire dai primi studi sulle nevrosi di Sigmund Freud, ha costantemente privilegiato la costruzione di un modello diagnostico che prevedesse un certo livello di inferenza, ritenendo necessario diversificare l'approccio terapeutico sulla base delle dinamiche soggiacenti ai comportamenti sintomatici. Proprio dagli sviluppi del modello psicoanalitico classico di matrice statunitense che, già con Rapaport, Gill e Schafer alla fine degli anni '60, si comincia a ritenere opportuno sistematizzare la diagnosi di personalità utilizzando anche strumenti quantitativi e proprio in questo contesto si sviluppa anche la teoria sulla diagnosi strutturale di Otto Kernberg (1975, 1981). Dunque è attualmente definito il principale modello, di matrice psicodinamica, che permette di formulare una diagnosi di questo tipo quello *strutturale*: alcuni esempi sono appunto la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO; Clarkin, Caligor, Stern e Kernberg, 2004) e l'*Inventory of Personality Organization* (IPO; Kernberg & Clarkin, 1995; Lenzenweger et al., 2001) strumenti di derivazione del modello di Otto Kernberg messi a punto dal suo gruppo di ricerca sulla base degli sviluppi più recenti del suo pensiero; l'Asse Struttura della Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD; gruppo OPD, 2001) e il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM, PDM Task Force, 2006). Il modello strutturale sicuramente si caratterizza per un certo grado di inferenzialità, dunque una maggiore arbitrarietà, ma, allo stesso tempo, permette di incrementare la potenzialità esplicativa della valutazione. Attualmente i gruppi di ricerca che si occupano della valutazione della struttura si muovono sempre più nell'ottica di costruire e definire in modo operazionalizzato i costrutti psicodinamici che, proprio per la tradizione da cui derivano, risentono costantemente delle minacce all'attendibilità e alla validità scientifica.

In ogni caso, sia che si scelga il modello descrittivo che quello strutturale, durante una valutazione è possibile prediligere l'analisi delle *funzioni* o dei *contenuti* psicologici: considerare le funzioni riguarda principalmente l'individuazione di modalità costanti di

percepire la realtà, regolare gli affetti, formulare pensieri o entrare in relazione con gli altri. Un modello di diagnosi funzionale è quello adottato dalla SWAP che individua quattro domini funzionali principali: le motivazioni, i bisogni, i valori morali e ideali; le risorse e le caratteristiche affettive e cognitive; l'esperienza di sé, degli altri e delle relazioni tra sé e gli altri e le principali esperienze evolutive (Westen, 1998b). Funzioni e contenuti sono spesso considerati parallelamente poichè altamente interrelati tra loro: ne è un buon esempio il PDM che permette una descrizione psichica di un soggetto considerando sia il tipo di organizzazione della personalità sia il suo funzionamento mentale. Un altro aspetto da considerare sono i *format* e gli *informatori* che si stabilisce di adottare qualunque sia la tipologia diagnostica stabilita: scegliere il *format* è stabilire che tipo di strumento possa essere più utile per raccogliere dati osservabili o auto riferibili dal soggetto, questionari *self report*, *report form*, *interviste*; mentre definire l'*informatore* riguarda la scelta delle persone più adeguate a fornire i dati di cui si ha bisogno. E' vero che spesso si associa la scelta di un *format* ad una diagnosi di tipo descrittivo e quella dell'*informatore* ad una strutturale, nella realtà questo è relativo se si considerano gli strumenti messi a punto per fare una diagnosi di organizzazione strutturale della personalità secondo il modello di Kernberg come la *Structured Interview for Personality Disorder* (STIPO, Clarkin, Caligor, Stern et al., 2004) e il *self report Inventory of Personality Organization* (IPO, Lenzenweger et al., 2001). Un ulteriore aspetto da considerare nella scelta del tipo di diagnosi è se effettuare una valutazione *categoriale* o *dimensionale*. Il termine categoria rimanda ad una logica della malattia mentale come presente o assente, dunque all'esistenza di una chiara distinzione tra aspetti che sono da considerarsi sani e altri patologici. Su questa logica, infatti, si basa la diagnosi per mezzo del DSM. Il concetto di dimensionalità, invece, rimanda ad un approccio nei confronti della psicopatologia quantitativo: dunque una certa caratteristica non viene considerata solo presupponendone presenza o assenza ma osservandone in che quantità può essere rilevata. Questa logica sottende diversi strumenti per l'analisi delle caratteristiche di personalità, come quelli che seguono il modello dei *Five Factor Model* (FFM, Costa e McCrae, 1992 a), per cui un certo tratto va osservato considerando un continuum tra normalità e patologia ed identificato sulla base dell'intensità con cui si presenta. Numerosi dati, biologici e genetici, psicodinamici e di ricerca scientifica (Oldham et al., 2005) sostengono sempre più l'ipotesi dell'esistenza di correlati biologici, anamnestici e

prognostici di determinati tratti e dimensioni della personalità, mentre non ci sono risultati a sostegno della logica categoriale applicata ai disturbi della personalità (Livesley, 2006 b; Paris, 2006). Applicare delle categorie per valutare i disturbi della personalità è, al contrario, rischioso per gli alti tassi di comorbidità, la scarsa attendibilità e stabilità e le elevate varianti interne ad uno stesso disturbo (Herzig, Licht, 2006). Un modello misto, che si avvale di una logica sia categoriale che dimensionale è quello della SWAP per la valutazione dei disturbi della personalità. Le diverse tipologie diagnostiche, inoltre, possono presupporre una logica *proto tipica*, come quella della SWAP o del PDM, che osserva il grado di sovrapposizione tra la descrizione di un soggetto in esame e delle descrizioni di prototipi, considerando “ideale” e “irreale” la manifestazione completa e universale di un disturbo. In contrapposizione alla logica *proto tipica*, invece, vi sono la logica *monotetica*, che considera un disturbo come una serie di criteri definiti che devono essere tutti presenti in un paziente perché se ne possa fare diagnosi, e la logica *politetica* secondo cui una diagnosi di un certo disturbo può essere emessa qualora il soggetto presenti almeno un certo numero di caratteristiche definite per il disturbo in esame. La logica *politetica*, a differenza di quella *monotetica*, definisce un disturbo come un insieme di caratteristiche specifiche ma suscettibile di più di una presentazione clinica. Oltre alle caratteristiche prese in esame, per effettuare una diagnosi, dunque stabilire il vertice dal quale osservare e definire il funzionamento psicologico, bisogna ricordare che esistono anche due differenti concezioni dei tratti di personalità: una concezione *essenzialista* secondo cui gli individui possono essere descritti considerando una serie di elementi piuttosto stabili e slegati dal contesto, un esempio è il modello dei cinque grandi fattori, coscienziosità, energia, apertura mentale, gradevolezza e stabilità emotiva. Di contro esiste anche una concezione *condizionale* per definire i tratti della personalità, come ad esempio nel caso della SWAP per tratti si intende delle tendenze a reagire in modo specifico a determinati stimoli esterni o interni vissuti dal soggetto.

Occorre pertanto non dimenticare che il processo diagnostico è comunque un aspetto della relazione terapeutica e del processo di comprensione sia degli aspetti psicopatologici che delle risorse strutturali rilevabili in una persona al momento della sua richiesta di aiuto. Solo la comprensione di tutti questi aspetti può permettere di imprimere alla cura psicologica quella visione olistica che caratterizza l'approccio

psicodinamico. Formulare una diagnosi significa adottare e assumere un linguaggio condiviso con una comunità scientifica, garantire il passaggio e lo scambio di informazioni, infatti “eliminare la diagnosi significherebbe dare ai nostri articoli nomi come ‘Storia evolutiva di pazienti che manifestano scissione, difficoltà nel mantenere relazioni, comportamenti auto mutilanti, rappresentazioni incostanti, difficoltà a modulare gli affetti e vari altri sintomi’ ” (Westen, 1998b,p.120), perciò è necessario guardare in un’ ottica di praticità, economicità e chiarezza. In secondo luogo, emettere una diagnosi, consente di elaborare un preciso piano di intervento e trattamento per il paziente che può prendere spunti e ricollegarsi a informazioni rilevate dalla letteratura clinica e dalla ricerca scientifica (Horwitz, Gabbard, Allen, 1996; Roth, Fonagy, 2004; Fonagy, 2005; Leuzinger-Bohleber, Target, 2002; Gabbard, 2008). Un altro obiettivo è quello della ricerca scientifica: non è possibile, infatti, sistematizzare certe informazioni se non si utilizzano dei parametri condivisi e la ricerca, sia clinica che empirica, è necessaria per il progresso delle conoscenze psicologiche. La diagnosi, secondo questa prospettiva, sarebbe un punto di congiunzione tra un sapere idiografico, fondato sull’approfondimento delle peculiarità individuali di un soggetto, e un sapere nomotetico che rimanda a leggi e regole generali e condivise.

Sicuramente la complessità e l’articolarsi di diversi modelli e prospettive diagnostiche sono dovuti alle tre principali tradizioni che si sono occupate di valutazione: la tradizione *psichiatrica* che rimanda ad un modello categoriale e descrittivo e che si attiene ad una logica nomotetica, la tradizione *psicodinamica* che rimane più vicina ad un approccio idiografico ed una tradizione *psicometrica* che si concentra sulla valutazione metodologica e statistica delle procedure e degli strumenti necessari. Il limite, che può diventare anche una risorsa, della valutazione psicologica è il doversi destreggiare in questo panorama costellato da metodologie, informatori e ottiche differenti. L’obiettivo verso cui la comunità scientifica si muove e lavora è l’integrazione di diversi modelli e l’abbandono di posizioni rigide e altamente settoriali. “Per tutte queste ragioni diciamo che la diagnosi psicologica si profilerà sempre di più come momento di incontro, clinico ed epistemologico, tra logiche, informazioni, procedure e finalità diverse. Un momento integrativo che riprodurrà sul piano teorico il lavoro mentale e relazionale che clinico e paziente svolgono nel contesto dei loro colloqui” (Dazzi et al, 2009, p. 14).

1.2 Verso il DSM V: limiti e risorse di un sistema categoriale

Il DSM, come abbiamo precedentemente accennato, è, insieme al capitolo V dell'ICD, una delle fondamentali nosografie psichiatriche ampiamente utilizzate nella comunità internazionale per effettuare una diagnosi. Il DSM classifica le sindromi psicologiche sulla base delle loro descrizioni definendole come “raggruppamenti di segni e sintomi basati sulla loro frequente concomitanza che può suggerire una sottostante patogenesi, un decorso, una familiarità, e una indicazione di trattamento comuni” (APA, 2000 p. 875). È un sistema descrittivo-categoriale della malattia psicologico-psichiatrica che segue una logica politetica. Il modello su cui si fonda ha come obiettivo principale la condivisione e il raggiungimento di un buon accordo tra professionisti con formazioni differenti, proprio per questo è stato costruito mantenendo una certa ateoreticità e limitando al minimo l'inferenzialità.

Le prime due versioni (APA, 1952; APA, 1968) sono state costruite con l'obiettivo di aggiornare il sistema diagnostico precedentemente in vigore, l' *American Medical Association's Classified Nomenclature of Disease* (APA, 1933). Le prime due versioni del DSM erano state entrambe molto influenzate dal pensiero psicoanalitico e contenevano pochi disturbi caratterizzati da brevi descrizioni, che altro non erano che un elenco di segni e sintomi poco differenziati e abbastanza generici. Questa struttura rendeva le diagnosi lontane dalla pratica clinica e producevano uno scarso accordo tra i professionisti. Inoltre le diagnosi non avevano un fondamento empirico.

Con la terza edizione e la terza edizione rivista del DSM (APA, 1980 a; APA, 1987) assistiamo ad un cambiamento nella formulazione delle diagnosi, principi come attendibilità, validità e utilità clinica caratterizzano queste e le successive edizioni del DSM. Importante contributo sono state le ricerche condotte da Robert Spitzer e l'elaborazione dei *Research Diagnostic Criteria* (RDC; Spitzer, Endicott, Robins, 1975), costruiti proprio con l'idea che i criteri diagnostici potessero trovare una verifica empirica. Con la terza edizione vengono messi a punto anche strumenti per la formulazione delle diagnosi in DSM: la *Structured Interview for DSM-III Axis I e Axis II* (SCID-I e SCID-II, Spitzer, 1983) e il questionario autosomministrato a cui si appoggiano. Insomma la terza edizione sancisce un cambiamento anche di prospettiva: la clinica comincia a integrarsi con la ricerca scientifica, si tende, anche nelle successive

edizioni (DSM IV, DSM IV-TR), ad avere un maggiore accordo tra i clinici e una maggiore stabilità diagnostica. Il viraggio verso una maggiore possibilità di comunicare e di essere precisi nelle valutazioni lo sottolineano anche il tipo di esperti che hanno lavorato alle diverse edizioni: il DSM I e II sono stati costruiti da un gruppo di psichiatri, il DSM III e III -TR da un gruppo più allargato di psichiatri, psicologi, qualche assistente sociale e poche donne; per il DSM IV e IV-TR hanno contribuito un centinaio di clinici di formazione e provenienze differenti. Infatti nelle ultime edizioni abbiamo anche una maggiore sensibilità rispetto al genere, razza e differenze culturali che influenzano una diagnosi. Con la quarta edizione è stata anche messa a punto la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder* (SCID-D) che facilita la valutazione dei cinque sintomi nucleari della dissociazione.

Il DSM-IV-TR (APA, 2000) è l'ultima versione pubblicata ed è composta, come già a partire dal DSM III (APA, 1990 a), da cinque Assi che permettono la valutazione di un soggetto su diverse aree e dimensioni:

Asse I: Disturbi clinici raggruppati in 14 macrocategorie (disturbi d'ansia, dell'umore, dissociativi, correlati a sostanze, psicotici, somatici, ecc..)

Asse II: Disturbi di personalità organizzati nei tre cluster A,B e C e Disturbi a prima insorgenza in età evolutiva.

Asse III: Condizioni mediche generali.

Asse IV: Fattori psico-sociali stressanti.

Asse V: Scala per la valutazione globale di funzionamento (GAF).

Questa classificazione è pensata prevalentemente per obiettivi di ricerca si è servita di numerosi studi sul campo progettati al fine di sciogliere i principali nodi e controversie posti dalle nosografie precedenti. L'obiettivo della prossima versione (DSM-V) è quello di proporre una classificazione più vicina alla realtà clinica per rendere il manuale più agevole da applicare e più immediatamente utile per gli scopi clinici della pratica quotidiana.

Possiamo sintetizzare i principali punti di forza del DSM esponendo le sue maggiori peculiarità:

1.Favorisce la comunicazione tra i clinici.

2.Agevola la comunicazione con il paziente: è importante dare, dopo i primi colloqui di valutazione, un *feedback* per mezzo di una breve formulazione narrativa e una proposta di trattamento all'utente.

3.Ha un valore predittivo rispetto all'uso dei farmaci.

4.E' utile per promuovere la ricerca scientifica.

Accanto alle risorse di una diagnosi con il DSM la comunità scientifica ha rilevato dei limiti che si possono sintetizzare nei seguenti punti:

1.Il problema dell'etichettamento (*labeling*). La questione risale agli anni Sessanta e al problema della stigmatizzazione degli individui con una diagnosi psichiatrica, in particolare quella di schizofrenia. Attualmente, preoccupa che l'etichetta attivi nel clinico degli schemi tali per cui egli vede nella relazione col paziente ciò che si aspetta di vedere. Inoltre, un altro inconveniente è che spesso categorizzare un paziente diventa un espediente per ridurre l'ansia del diagnosta che non riesce a comprendere il funzionamento psicodinamico del paziente.

2.La diagnosi psichiatrica non aggiunge informazioni alla conoscenza del paziente che si costruisce durante i colloqui e non dà indicazioni sulle modalità di trattamento da proporre.

3.Il problema della comorbidità: spesso un paziente con diagnosi di Asse II presenta tra 4 e 9 altre diagnosi in Asse II del DSM-IV e diagnosi in Asse I (Green, Curtis, 1988; Shea et al.,1987).

4.Per quanto riguarda i disturbi di personalità, il Manuale Diagnostico, non dà indicazioni sull'intensità dei criteri, che possono essere considerati solo rispetto alla loro presenza/assenza. Così molti pazienti che effettuano una psicoterapia per patologie "nevrotiche" di personalità non soddisfano i criteri per alcuna diagnosi né su Asse II che su Asse I (Westen, 1997 a). A questo proposito, Westen e Arkovitz (1998) hanno scoperto che il 60% dei pazienti trattati nella pratica clinica per pattern disadattivi di personalità non possono ricevere una diagnosi in Asse II. Discriminare il funzionamento

della personalità utilizzando l'Asse II del DSM non permette, infatti, di distinguere un tratto forte di personalità da una diagnosi di disturbo di personalità.

Alla luce dei limiti dell'approccio categoriale che sempre più sono al centro di numerosi dibattiti, nel 1999 è stata tenuta la Conferenza di Pianificazione di Ricerca del DSM-V con la priorità di definire i cambiamenti e le variazioni che andranno poi ad incidere sul futuro delle classificazioni. Il punto di partenza nella formulazione della quinta edizione è la valutazione dei vantaggi e degli svantaggi nel basare il Manuale su dimensioni piuttosto che su categorie (Rounsaville et al. , 2002). Secondo i clinici, i ricercatori e i professionisti di diversi orientamenti che stanno lavorando alla stesura del Manuale, apportare cambiamenti significativi in una direzione dimensionale, pur mantenendo una struttura descrittiva, offrirebbe la possibilità di ovviare a problemi di utilità clinica e di fruibilità nei diversi campi della salute mentale. Gli obiettivi delle ricerche che si stanno svolgendo per la stesura del DSM-V sono volti a:

- minimizzare le diagnosi multiple e porre maggiore attenzione alle dimensioni comuni delle diverse patologie integrando al meglio il modello dimensionale dei disturbi di personalità in una struttura gerarchica comune allo scopo di rendere la comorbidità un'eccezione e non la norma (Widiger, Samuel, 2005);
- una classificazione dimensionale dei disturbi di personalità richiede informazioni circa i fattori eziologici responsabili dei *pattern* osservati. La ricerca genetica comportamentale, che ha lo scopo di esplicitare i fattori genetici e ambientali e la struttura sottostante la variazione fenotipica, si sta muovendo per conseguire importanti risultati al fine di ottenere un'immediata rilevanza per lo sviluppo di una classificazione dimensionale della personalità;
- i disturbi di personalità, nel DSM-IV-TR sono distinti dalle altre sindromi cliniche e vanno a comporre il secondo Asse. Nel DSM-V questa divisione andrà scomparendo in quanto i disturbi di personalità saranno inclusi nella Asse I. La direzione della futura ricerca sarà comprendere perché ed in quale modo la personalità e le sindromi cliniche siano interconnesse e come queste si possano integrare con le strutture di personalità;
- nel tentativo di superare il problema dei *cut-off* i ricercatori si interrogano sulla modalità di distinzione tra presenza o assenza di patologia nel modello dimensionale poiché prevede una certa flessibilità nella decisione clinica;

– le categorie diagnostiche attuali godono di un'elevata attendibilità tra valutatori ma non di un buon livello di attendibilità nella pratica clinica in generale. La ricerca ha dimostrato come le classificazioni dimensionali ottengano un punteggio più elevato di attendibilità.

Dalle considerazioni e valutazioni presentate, principalmente, le edizioni future del DSM mirano a diminuire lo iato esistente tra rigore scientifico e realtà clinica: ad integrare queste due prospettive, senza abbandonare l'efficace chiarezza e oggettività del modello DSM, poichè sembra importante considerare anche una validità esterna ed ecologica delle tassonomie. Proprio a questo proposito nel panorama diagnostico sono sorti degli specifici contributi teoricamente orientati che hanno cercato di operationalizzare i loro concetti: diversi studi condotti per mezzo di strumenti come la SWAP-200, l'OPD e il PDM hanno sottolineato l'esigenza di valutare la persona nella sua globalità, considerandone aspetti sani e patologici, le sue capacità complessive di funzionamento, peculiarità cognitive, emotive, motivazionali, comportamentali, difensive e relazionali.

Come sottolinea Lingiardi alla luce di queste valutazioni “più che chiedersi se usare o meno il DSM, oggi lo psicologo deve decidere quando, perché e con quali altri strumenti affiancarlo” (2009, p.207).

1.3 Integrazione tra sistema categoriale e sistema dimensionale: la SWAP-200

La SWAP-200 è uno strumento per la valutazione di stili e tratti della personalità sana e patologica di adulti e adolescenti, frutto di lavori condotti negli ultimi quindici anni da Drew Westen e Jhonatan Shedler con obiettivi clinici e di ricerca (Westen, Shedler, 1999 a, 1999b; Westen, Shedler, Lingiardi, 1998). Attualmente esistono quattro versioni della SWAP-200: la versione per adulti disponibile anche in Italia (Westen, Shedler, Lingiardi, 1998), la versione per adolescenti, validata ma non ancora commercializzata in Italia e le versioni SWAP-II e SWAP-II-A in corso di validazione negli Stati Uniti. La metodologia SWAP coniuga una certa chiarezza scientifica ed empirica all'obiettivo di fornire strumenti vicini ed utilizzabili nella pratica clinica quotidiana. Inoltre è ancorata alla tradizione descrittivo-categoriale di fare diagnosi ma cerca di integrarla ad una prospettiva dimensionale di valutazione della personalità.

Sintetizzando, i principali presupposti assunti dagli Autori per costruire questo strumento clinico e di ricerca sono:

1. I tratti di personalità sono intesi come tendenze a reagire, condizionati dai contesti intrapsichico e interpsichico, piuttosto stabili.
2. Gli stili, i tratti e i disturbi di personalità vengono considerati seguendo una logica dimensionale: la valutazione è effettuata non definendone presenza/assenza ma considerandone con quanta intensità si presentano o si avvicinano a dei prototipi diagnostici.
3. Sono ritenuti fondamentali quattro domini funzionali su cui deve basarsi una diagnosi adeguata: motivazioni, standard ideali, valori morali, paure e conflitti; stili cognitivi, strategie e capacità di regolazione delle emozioni, meccanismi di difesa, risorse psichiche; rappresentazioni di sé, degli altri e delle relazioni sé e altri; modalità di sviluppo dei domini precedenti.
4. La diagnosi deve poter essere funzionale, dunque ad una chiara e condivisa etichetta dovrebbe poter essere accompagnata una formulazione del caso che possa sufficientemente informare e tracciare le principali linee diagnostiche di un soggetto, espressa con un linguaggio semplice e comprensibile da professionisti di formazione e orientamento differenti. Questo permetterebbe di trovare un accordo tra le tendenze a categorizzare propria di un approccio, ancora troppo ancorata ad una visione prettamente idiosincratica.
5. Un altro importante presupposto degli Autori è colmare lo iato esistente tra clinica e ricerca. Sottolineano l'importanza di allontanarsi dalle auto valutazioni da parte dei pazienti affinché possano essere riconosciuti processi inconsci ed impliciti controllando scientificamente l'inferenzialità e la soggettività spesso associata alle valutazioni emesse dai clinici: "lasciamo fare ai clinici ciò che sanno fare meglio, cioè ascoltare, osservare e trarre inferenze; e lasciamo che la statistica faccia ciò che sa fare meglio, cioè aggregare i dati in modo affidabile".
6. Un' ulteriore caratteristica che distingue il metodo SWAP è la procedura diagnostica *matching prototype* (Westen, Shedler, 2000 a) che fonda la valutazione non più sul conteggio di un certo numero di criteri ma da quanto il quadro clinico tracciato di un paziente sia vicino a quello di un prototipo di un determinato disturbo.

Ripercorrendo i passi principali che Westen e Shedler hanno compiuto per arrivare alla messa a punto della SWAP-200, appare chiaro come abbiano cercato di riconciliare i loro presupposti teorici e metodologici. La SWAP conta 200 affermazioni chiare e dal linguaggio semplice, frutto di sette anni di selezione, con un livello medio di astrazione e liberi da gergalità e diretti a comportamenti esplicitamente osservabili. Il clinico distribuisce le affermazioni sulla base di quanto vicine siano alla modalità del soggetto in esame, secondo la procedura Q-sort che adotta una logica *ipsativa* (si valuta quanto l'item descriva il soggetto non in confronto ad altri soggetti ma in confronto alle altre affermazioni applicate al soggetto stesso). Il valutatore è comunque legato ad una distribuzione fissa che mira ad ovviare i *bias* derivati dalla soggettività del valutatore stesso. Il pool di item deriva dai criteri dell'Asse II del DSM, da alcuni criteri dell'Asse I, dalla letteratura clinica ed empirica degli ultimi cinquant'anni sulla personalità. Circa mille sono i clinici a cui sono stati sottoposte le 200 affermazioni ed hanno sottoscritto l'adeguatezza con cui permettono di descrivere i loro pazienti reali. La valutazione SWAP può essere effettuata dopo 3-5 colloqui con un paziente o dopo aver condotto l'Intervista Clinico Diagnostica (CDI; Westen, Mudderrisoglu, 2003). Questo è il compito del clinico, in quanto successivamente un calcolatore statistico, in modo automatico, dalla distribuzione effettuata elabora la diagnosi del soggetto.

Per quanto riguarda la diagnosi degli adulti il calcolatore effettuerà delle correlazioni tra il profilo del soggetto in esame e dei prototipi. I prototipi sono di due tipi: 10 sono quelli derivati dalle diagnosi di Asse II del DSM più un prototipo di paziente senza disturbo di personalità. Questi prototipi sono il frutto delle descrizioni emesse da 237 clinici che avevano più di 18 anni di pratica clinica e con formazioni e orientamento diversi a cui è stato chiesto di descrivere per mezzo delle affermazioni SWAP dei pazienti *ideali* con un certo disturbo di personalità diagnosticabile in DSM e un paziente sano dal funzionamento elevato. Le descrizioni così sono state aggregate per formare i *prototipi diagnostici PD*. Dunque un soggetto valutato in fattori PD verrà osservato rispetto al grado di somiglianza che presenta con questi prototipi. Per quanto riguarda i fattori PD è da sottolineare che i prototipi riprendono la tassonomia DSM ma la ridescrivono in modo più ampio e sofisticato per mezzo degli item SWAP; la validità concorrente e discriminante rispetto al DSM è buona (Westen, Shedler, 1999 a; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007); il profilo PD di buon funzionamento correla in modo positivo con la GAF del DSM; per ottenere prototipi diagnostici è

bastato aggregare mediamente 15-20 profili, ciò è indice dell'affidabilità delle capacità di osservazione e di inferenza dei clinici.

Un secondo modo per valutare gli adulti con il metodo SWAP è quello di evidenziare il grado di somiglianza tra i profili dei soggetti esaminati e i *fattori Q*. Sono un ulteriore pool di prototipi diagnostici empiricamente derivati: sono state utilizzate 500 descrizioni per mezzo della SWAP effettuate da clinici esperti sui loro pazienti *reali* che mostravano i requisiti per una diagnosi di disturbo della personalità per mezzo dell'Asse II del DSM. Alle descrizioni è stata applicata la procedura statistica *Q-factor analysis*, procedura di analisi fattoriale che permette di aggregare gruppi di prototipi con caratteristiche simili e dunque rimanda ad una stessa congregazione di tratti di personalità. Questa procedura sperimentale ha permesso di emettere i 7 fattori Q attraverso i quali può essere effettuata una diagnosi con la SWAP-200 e i 5 sottofattori della categoria *disforico* (vedi capitolo 4).

Allo stesso tempo, oltre all'individuazione di una categoria diagnostica, la procedura SWAP permette di effettuare una *formulazione del caso* mettendo insieme, in un elaborato coerente, le prime 30 descrizioni che risultano maggiormente descrittive del soggetto in esame ed integrandole con degli aspetti anamnestici ed evolutivi (vedi caso di Melania in Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006). Un'altra alternativa di impiego della SWAP è di tipo prettamente clinico: si valuta su una scala a 5 punti il grado di somiglianza tra la descrizione di un paziente e i prototipi PD e Q. Le ricerche hanno messo in evidenza che l'uso clinico della SWAP produce un *inter-rater reliability* pari a $r=.80$ ed elevate correlazioni tra le categorie diagnostiche e una vasta gamma di criteri esterni (Westen, Muderrisoglu, 2003; Marin-Avellan, McGauley, Campbell et al., 2005; Shedler e Westen, 2006).

Inoltre, dalle prime analisi (Westen, Shedler, 2007) condotte su un campione statunitense valutato con la II edizione della SWAP è emersa una nosografia empiricamente derivata differente da quella conosciuta anche in Italia: emergono 10 disturbi raggruppabili in 4 cluster: interiorizzante, esteriorizzante, borderline, stile di alto funzionamento. La SWAP-II pare metta in evidenza non solo le caratteristiche comuni a diversi pazienti con gli stessi tratti ma anche le differenze che caratterizzano uno stile in confronto a tutti gli altri.

La SWAP è uno strumento di ricerca e valutazione clinica che si è mostrata adeguata a diverse indagini empiriche: la ritroviamo in studi sui fattori di rischio condotti su

popolazioni di uomini con disturbi della personalità; in campo forense in Gran Bretagna (Marin-Avellan, McGauley, Campbell et al., 2005); per l'individuazione di tre diversi sottotipi di uomini che picchiano le donne (Fowler e Westen, in preparazione); in lavori e studi sul decorso delle psicoterapie nel caso di pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Westen, Harnden-Fischer, 2001; Thompson-Brenner, Westen, 2005; Thompson –Brenner, Eddy, Satir et al., 2008) e in caso di pazienti con disturbi d'ansia (Peart, Westen, in preparazione); ulteriori ricerche hanno adottato la SWAP per la valutazione di pazienti adolescenti che hanno permesso di identificare dei sottotipi tra i casi di ADHD (Levin, Westen, in preparazione) e tre sottotipi nel caso di adolescenti con disturbo da comportamento ricorrente (Di Lallo, Jones, Westen, 2009); inoltre studi sui pazienti con disturbo narcisistico hanno confermato le distinzioni presenti in letteratura tra sottitipi overt e covert (Cooper, 1989), a pelle spessa e a pelle sottile (Rosenfeld, 1987), ipervigili o inconsapevoli (Gabbard, 2005b); anche rispetto ai pazienti istrionici la SWAP ha permesso di evidenziare tre sottotipi (Blagov, Westen, 2007). E' importante citare che esistono due studi italiani che mettono in evidenza come la procedura SWAP possa essere utilizzata anche negli studi *single-case* per la valutazione del processo e dell'esito delle psicoterapie (Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006; Lingiardi, Gazzillo, Waldron, inviato per la stampa).

Oltre a costruire uno strumento diagnostico, pare chiaro, che gli Autori della metodologia SWAP hanno cercato di introdurre una nuova modalità di intendere la valutazione della personalità di un paziente: hanno coniugato una logica categoriale e descrittiva ad una dimensionale, integrando rigore e chiarezza scientifica ad utilità clinica.

1.4 La valutazione strutturale: l'OPD

La Diagnosi Psicodinamica Operazionalizza (OPD; Gruppo di Lavoro OPD, 2001) è una metodologia di valutazione di un paziente che offre sia una lettura clinica di orientamento psicodinamico del profilo di un paziente, sia una serie di dati quantitativi utili e necessari al fine di un progetto empirico e scientificamente fondato.

Proprio i limiti diagnostici che hanno condotto 46 clinici tedeschi a contribuire alla messa a punto del sistema OPD sono quelli che il sistema stesso mira ad ovviare. Il lavoro incomincia nel 1992 con la fondazione di un gruppo di lavoro promosso da

Manfred Cierpka, Wolfgang Shneider e Sven Olaf Hoffmann che è stato esteso a diverse cliniche universitarie tedesche e piccoli gruppi svizzeri e austriaci, con il chiaro obiettivo di costruire un sistema per elaborare delle valutazioni, psicoanaliticamente orientate, ma che avessero le peculiarità per essere trattate come oggetto di indagine scientifica. Il fiorire, infatti, di studi sugli esiti e i processi delle psicoterapie psicodinamiche (Dahl et al., 1988; Dazzi, De Coro, 1998; Kachele, Thoma, 2001; De Coro Andreassi, 2004) necessita, appunto, di strumenti in grado di rilevare dei dati quantitativi specifici, soprattutto in una fase iniziale del trattamento ma che, allo stesso tempo, favoriscano una certa alleanza diagnostica col paziente e contribuiscano ad un'eventuale proposta di trattamento (Kernberg, 1981, 1984; Barron, 1998; Lingiardi, 2002; Amadei, et al. 2003). Inoltre l'esigenza del gruppo di lavoro era quella di superare dei limiti che sia le nosografie classiche usate a livello internazionale, come il DSM e l'ICD, per la loro ateoreticità, sia le formulazioni diagnostiche psicoanaliticamente orientate per i loro costrutti ambigui lontani dall'osservazione clinica più oggettiva, li rendeva ampiamente insoddisfatti. Infatti la difficoltà maggiore era quella di riuscire a standardizzare e rendere operativi concetti ritenuti rilevanti per una valutazione strutturale del paziente, quali "forza dell'Io", "severità del Super-Io", "scarsa coesione del Sé". Dunque l'OPD è un tentativo di coniugare rigore, semplicità e chiarezza scientifica alla complessità e all'attenzione per le sfumature psicologiche individuali proprie di un approccio psicoanalitico. Da questi presupposti il lavoro si è sviluppato dallo studio sistematico di colloqui clinici, utilizzando trascrizioni verbatim e materiale registrato, condotti da analisti di formazioni e scuole diverse. Sono stati così definiti i concetti più rilevanti clinicamente e comuni alle diverse correnti di pensiero vigenti all'interno panorama psicoanalitico, come ad esempio la teoria delle relazioni oggettuali, la teoria strutturale, la teoria dell'attaccamento, e la psicologia del sé. Inoltre, il lavoro di operazionalizzazione dei costrutti ha tenuto conto della tradizione diagnostica psicoanalitica, dall'indice Hampstead di Anna Freud e Joseph Sandler, al progetto Menninger iniziato da David Rapaport e portato avanti da Otto Kernberg e Robert Wallerstein, alle ricerche e sviluppi più recenti come i lavori dell'Infant Research e quelli sull'attaccamento (Lichtenberg, 1989; Fonagy et al., 2002). La prima edizione dell'OPD è stata, così, pubblicata nel 1996, di una certa ampiezza è stata la sua diffusione: nel 2001 è stata pubblicata la versione inglese e a seguire quella italiana, ungherese e spagnola; in via di costruzione sono la versione turca e cinese. Nel 2006,

dopo dieci anni di studi applicativi dello strumento, è stata pubblicata la seconda edizione in lingua tedesca, che ha cercato di calibrare i criteri diagnostici sulla base delle indicazioni di trattamenti focali e brevi (Dahlbender et al., 2006). Nel 2003, inoltre, è stata pubblicata una versione OPD specifica per l'età evolutiva, infanzia e adolescenza. Che differenzia i criteri di valutazione sulla base di quattro diverse fasce d'età: 0-18 mesi, 18 mesi- 6 anni; 6-12 anni; 12 anni in poi (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003).

Il sistema diagnostico OPD si avvale di materiale tratto da colloqui clinici: questi seguono le indicazioni dell'intervista strutturale promossa da Otto Kernberg (1981); non si tratta di un'intervista strutturata ma di colloqui psicodinamicamente orientati in cui la conduzione è attiva e partecipante allo scopo di rendere attivo nella relazione terapeutica il funzionamento del paziente e poterne individuare gli specifici indicatori che permettono la classificazione dell'organizzazione strutturale della personalità nei tre livelli nevrotica, borderline e psicotica (Vedi capitolo 2). Le aree su cui il colloquio deve indagare sono, in particolare, tre: la sintomatologia presentata dal paziente, la rappresentazione di sé stesso e le relazioni con gli altri. L'applicazione dell'OPD può essere effettuata dallo stesso clinico che ha condotto i colloqui o da valutatori esterni che possono avere accesso alle registrazioni dei colloqui stessi, questa seconda modalità permette di tenere sotto controllo le variabili intervenienti dovute alla soggettività di valutazione dello stesso clinico. L'OPD, nella sua seconda ed ultima edizione (Task Force OPD, 2006), prevede la compilazione di 5 Assi: Vissuto di malattia e presupposti di trattamento, Relazioni, Conflitti, Struttura e Disturbi mentali e psicosomatici. I primi quattro Assi, come si nota, sono specificatamente di natura psicodinamica, indipendenti ma anche interrelati tra loro, mentre l'ultimo permette una valutazione descrittivo-categoriale.

L'Asse I, definito come *Vissuto di malattia e prerequisiti per il trattamento*, prende in considerazione la motivazione del paziente e l'esperienza soggettiva che egli ha della malattia non solo in riferimento ai sintomi provocati dalla patologia ma vuole anche indagare il modo in cui questa esperienza è presentata e come il contesto sociale e le persone affettivamente vicine rispondono al disagio. Il paziente oltre a presentare al clinico una richiesta di aiuto per cercare di lenire la propria sofferenza, durante il suo racconto, fornisce informazioni importanti circa il grado di supporto che percepisce nel suo contesto di vita e questo rappresenta un indubbio punto di forza che il clinico deve tenere in considerazione nel momento in cui si trova ad operare delle scelte nel corso del

processo terapeutico. L'Asse I include per di più item specifici per differenti contesti clinici come alcuni interventi psicoterapeutici o il setting forense (Schneider, Klauer, Freyberger, 2008).

L'Asse II, *Relazioni*, ipotizza che la patologia mentale si declini in un disturbo relazionale in quanto una disfunzionalità nell'ambito delle relazioni è centrale per la genesi e per il perpetuarsi del disturbo.

Gli item compresi in questo Asse permettono di rilevare le modalità disfunzionali ricorrenti nelle relazioni, infatti viene chiesto al paziente di descrivere i propri comportamenti abituali all'interno degli scambi relazionali. Sono proprio i pattern ricavati il focus della psicoterapia. Le informazioni inerenti a questo aspetto della vita del paziente sono rintracciabili anche all'interno di quella particolare relazione che si viene ad instaurare con il terapeuta. I concetti di transfert e controtransfert, già stati indicati da Kernberg, all'interno della trattazione del colloquio diagnostico strutturale, rappresentano importanti momenti da cui ricavare utili indizi per comprendere meglio la vita relazionale del soggetto.

Il terzo Asse, dedicato ai *Conflitti*, distingue tra sette conflitti mentali, l'ultima categoria, l'ottava, si riferisce ad una percezione limitata dei conflitti e dei sentimenti riscontrabile nei pazienti somatizzanti (Cierpka, Grande, Rudolf, von der Tann, Stasch, 2007). Esprime una valutazione della presenza e dell'intensità dei conflitti espressi nell'esperienza soggettiva e al livello interpersonale (come la relazione con il partner, con la famiglia d'origine, nell'ambiente lavorativo, in gruppo) e intrapsichico (De Coro, Lang, 2006). Per guidare il clinico lo strumento mette a disposizione un glossario per le varie forme di conflitto e all'interno delle diverse aree in quanto questo può essere di natura attiva o passiva e l'affetto associato è diverso a seconda della modalità. Se, invece, la causa del conflitto è rintracciabile in una situazione che provoca un forte stress è prevista un'apposita categoria.

L'Asse IV identifica la *Struttura* tra quattro livelli: una struttura *ben integrata* indica un organizzazione di se stesso in cui è presente uno spazio mentale all'interno del quale possono essere elaborati i conflitti; se *moderatamente integrata* implica una bassa capacità di regolazione e una debole differenziazione delle sottostrutture mentali; con una struttura *poco integrata*, invece, lo spazio mentale interno è deficitario e i conflitti sono

espressi maggiormente nella sfera interpersonale, infine, la struttura *disintegrata* caratterizzata da un livello di gravità maggiore in quanto si riscontrano frammentazione e una struttura psicotica. L'operazionalizzazione della struttura è basata su sei categorie valutate secondo l'approccio psicomotricità appena descritto:

1. Percezione del sé: descrive la capacità di autoriflessione del paziente, di mantenere un'immagine costante di sé nel tempo e la capacità di differenziare ed esprimere i propri processi interni;
2. Regolazione di sé e delle relazioni: implica la capacità di regolare i propri impulsi e affetti, se il soggetto percepisce se stesso come agente ed è in grado di sperimentare un senso di fiducia in se stessi. Quando è eccessiva la capacità di agire e quella di comunicare con gli altri è limitata, quando invece è poco sviluppata l'integrazione degli impulsi e degli affetti risultano compromesse. Anche la creatività e la tolleranza appartengono a questa categoria;
3. Comunicazione emozionale interna e comunicazione con il mondo esterno: descrive la capacità di comunicare con il proprio mondo interno attraverso gli affetti e le fantasie. Questa categoria è connessa a quella dell'autoregolazione in quanto agiscono nella sfera intrapsichica e hanno il compito di regolare gli impulsi e i desideri, e a quella delle relazioni poiché in ambito interpersonale coinvolgono altre persone per l'adattamento all'ambiente; concerne, inoltre la capacità di comunicare con gli altri.
4. Attaccamento interno e relazione esterna: si riferisce alla capacità di avvalersi dei propri oggetti interni buoni per l'autoregolazione e alla possibilità di formare degli attaccamenti e di separarsi.

L'Asse V, *Disturbi mentali e psicosomatici*, si riferisce alle diagnosi descrittive delle sindromi in linea con il capitolo V dell'ICD-10; per mantenere la compatibilità con il sistema DSM è prevista la registrazione dei disturbi mentali sull'Asse V e dei disturbi della personalità.

Numerose sono le ricerche condotte sulle qualità psicometriche dello strumento sia rispetto alla capacità diagnostica dell'OPD (Cierpka, Grande, Stasch et al. 2001) sia rispetto la validità e l'attendibilità dei singoli Assi (Cierpka et al., 2001; Lange, Heuft, 2002; Spitzner et al., 2002; Schaunburg, 2000; Dahlbender, 2002; Schultz, 2004; Dahlbender et al., 2006).

L'OPD fornisce informazioni aggiuntive alle diagnosi psichiatriche classiche e proprio per questo potrebbe essere utile, a livello clinico, adottarlo nelle istituzioni accanto alle nosografie classiche attualmente più in vigore. Inoltre, nell'ottica dell'integrazione tra pratica clinica e ricerca empirica, permette di ottenere indicatori specifici per una valutazione del decorso e degli esiti dei trattamenti (De Coro, 2009).

Per quanto riguarda i limiti è necessario citare la scarsa capacità dello strumento ad identificare le strutture primitive di personalità o con danno primitivo precoce e, nell'Asse I in particolare, solo alcuni item sono valutati dal clinico, mentre per gli altri occorre attenersi alla descrizione del paziente senza che venga definito il vertice osservativo dal quale si valuta (De Coro, Lang, 2006).

1.5 Una diagnosi psicodinamicamente orientata: il PDM

Il Manuale diagnostico psicodinamico (PDM; PDM Task Force, 2006) è nato dal lavoro della Alliance of Psychoanalytic Organization, una rete di clinici e ricercatori ad orientamento psicoanalitico tra cui Greenspan, McWilliams, Wallerstein, Kernberg, Westen, Blatt, Fonagy. Il Manuale è una conquista politica e scientifica poiché è la prima nosografia esplicitamente orientata ad una lettura psicodinamica della psicopatologia. Pubblicato per la prima volta nel 2006 vede la sua traduzione italiana nel 2008: si propone come manuale da affiancare alle nosografie descrittive classiche come il DSM. Un'importante peculiarità del PDM è che ha cercato di ovviare e superare i limiti di quell'atteggiamento psicoanalitico, distruttivo e critico verso la diagnosi, proponendosi come uno strumento clinico ma con solide basi empiriche e di ricerca (Lingiardi, Dazzi, 2009). Dunque il PDM è anche il primo tentativo di nosografia psicologica sistematica che coniuga clinica psicodinamica a risultati empiricamente fondati. L'uso del Manuale, infatti, rende evidente, quali siano le sue principali fonti di ispirazione: la teoria di Kernberg sulle organizzazioni strutturali della personalità e i relativi strumenti di ricerca messi a punto per operationalizzare questo costrutto (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg et al., 2001; Clarkin, Caligor, Stern et al., 2004); il modello diagnostico e di formulazione del caso di Nancy Mc Williams; le ricerche di Blatt che confermano la sua teoria sulle linee evolutive della personalità anaclitica e introiettiva (Blatt, 1990, 1995, 2006); le ricerche condotte sulla SWAP dagli Autori

Westen e Shedler; le ricerche condotte con l'OPD e con altri strumenti di valutazione strutturale della personalità e delle sue funzioni come il Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP; Wenryb, Rossel, Asberg, 1991 a, 1991b) e come la Social Cognition and Object Relational Scale (SCORS; Westen et al., 1995; Abbate, Massaro, 2007).

La diagnosi in PDM vuole perciò coniugare un approccio nomotetico ad uno idiografico: alla diagnosi come categoria si affianca la formulazione del caso che consente di elaborare una proposta di trattamento specifica che sia attenta al contesto del soggetto in esame. Inoltre il PDM mira alla classificazione delle *persone* più che delle *malattie*: viene data per scontata infatti la comorbilità e la possibilità che una stessa malattia possa esprimersi in forme variegate. Dunque, come ci proponeva la diagnosi SWAP, il PDM mira a confrontare il paziente con una *Gestalt* o con un *tipo ideale* di malattia e non alla categorizzazione di singoli sintomi slegati tra loro. Il manuale tiene anche in considerazione, a differenza delle nosografie classiche, l'esperienza soggettiva dei pazienti rispetto ai loro sintomi e tratti: la struttura della personalità come organizzazione che contiene differenti sintomi e sindromi; i differenti livelli di funzionamento mentale; la dimensione evolutiva della diagnosi; l'importanza di un certo grado di inferenzialità per la valutazione dei processi impliciti e la possibilità di ottenere sia una diagnosi categoriale che dimensionale.

Il PDM si articola in tre parti: la prima si occupa della diagnostica degli adulti; la seconda sezione è rivolta alla diagnostica di bambini e adolescenti; la terza propone i principali articoli teorici e di ricerca su cui si basa la nosografia del PDM. Le classificazioni del PDM propongono una valutazione multi assiale: la sezione per adulti si articola in tre Assi, l'Asse P sui pattern e disturbi di personalità, l'Asse M fornisce un profilo del funzionamento mentale e l'Asse S valuta l'esperienza soggettiva dei pattern sintomatici dei vari disturbi; la sezione per l'età evolutiva ha una struttura analoga a quella degli adulti ma considera prima la valutazione del funzionamento mentale e successivamente permette una valutazione dei pattern della personalità considerando un continuum che va da pattern sani *in formazione* a pattern gravemente disfunzionali *in formazione*.

In particolare la sezione per adulti si articola cominciando con l'Asse P che permette una valutazione dell'organizzazione strutturale della personalità, seguendo il modello

di Kernberg e distinguendo personalità sane, nevrotiche e borderline di alto e basso funzionamento. Per effettuare questa prima valutazione si considerano sette criteri psicologici: identità, relazioni oggettuali, tolleranza agli affetti, regolazione degli impulsi e degli affetti, integrazione del Super-Io, Ideale dell'Io e Io Ideale, esame di realtà, forza dell'Io e resilienza. In secondo luogo l'Asse P fornisce un'indicazione per la valutazione dei pattern caratteristici del soggetto, questa nosografia risente delle ricerche di Westen e Shedler sui tipi di personalità, del lavoro di Blatt e della distinzione tra personalità anaclitiche e introiettive e del modello di formulazione del caso della Mc Williams, così i tipi elencati sono: schizoidi, paranoide, psicopatici, narcisistici, sadici e sadomasochistici, masochistici, depressivi, somatizzanti, dipendenti, ansiosi, ossessivo-compulsivi, isterici, dissociati, misti/altro. Le categorie sono riportate al plurale proprio per sottolineare la variegata possibilità delle manifestazioni cliniche di uno stesso disturbo; per ogni tipo vengono descritte le caratteristiche più rilevanti, le principali linee guida per il trattamento, le manifestazioni possibili di transfert e controtransfert. Inoltre per ogni disturbo vengono specificati: pattern costituzionali-maturativi, tensione-preoccupazione principale, affetti principali, credenza patogena caratteristica relativa a sé stessi, credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone, modi principali di difendersi, i diversi sottotipi

L'Asse M successivamente permette la valutazione del funzionamento mentale del soggetto in esame su una scala a otto livelli: da *Capacità mentali ottimali, appropriate all'età e alla fase, con un grado di flessibilità e integrità adeguato all'età* a *Gravi lacune nel funzionamento mentale di base*. Il funzionamento viene valutato considerando nove funzioni specifiche:

1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento;
2. Capacità di relazioni e intimità;
3. Qualità dell'esperienza interna (livello di sicurezza e rispetto di sé);
4. Esperienza, espressione e comunicazione degli affetti;
5. Pattern e capacità difensive;
6. Capacità di formare rappresentazioni interne;
7. Capacità di differenziazione e integrazione;
8. Capacità di auto-osservazione;
9. Capacità di costruire o ricorrere a standard e ideali interni.

Il PDM fornisce per ciascuna funzione una descrizione sintetica ed una guida alla valutazione.

L'Asse S, infine, l'ultimo da valutare per pazienti adulti, riprende la descrizione dei sintomi e dei disturbi dell'Asse I del DSM IV riformulando le diverse sindromi in termini di *Gestalt* complessive arricchendole con l'esperienza soggettiva dell'individuo rispetto a sé stesso ed alla sua malattia. L'esperienza soggettiva viene descritta in termini di stati affettivi, pattern cognitivi, stati somatici e pattern relazionali. L'obiettivo è integrare l'ateoreticità e l'oggettività del DSM ad una visione olistica imperniata di aspetti di valutazione soggettiva dell'esperienza.

I disturbi contemplati dall'Asse S sono:

1. Disturbo dell'adattamento;
2. Disturbo d'ansia:
 - Traumi psichici o disturbi post traumatici da stress;
 - Fobie;
 - Disturbi ossessivo-compulsivi;
3. Disturbi dissociativi;
4. Disturbi dell'umore:
 - Disturbi depressivi;
 - Disturbi bipolari;
5. Disturbi somatoformi;
6. Disturbi dell'alimentazione;
7. Disturbi psicogeni del sonno;
8. Disturbi sessuali e dell'identità di genere:
 - Disturbi sessuali;
 - Parafilie;
 - Disturbi dell'identità di genere;
9. Disturbi fittizi;
10. Disturbi del controllo degli impulsi;
11. Disturbo da uso di sostanze/dipendenze;
12. Disturbi psicotici;
13. Disturbi mentali su una condizione medica generale.

L'Asse S è il terzo da considerare per una diagnosi in PDM proprio perché principio guida del manuale è che i sintomi vengano compresi all'interno di una struttura, di un'organizzazione della personalità e di un certo tipo di funzionamento mentale. Alla luce di questo principio uno stesso sintomo può avere significati ed essere inserito in una cornice di comprensione dell'individuo molto differenti. L'Asse S contempla anche la possibilità di componenti biologiche ad influire sui differenti pattern mentali disfunzionali.

Analizzate tutte le peculiarità e risorse che questo innovativo modello diagnostico può fornire è importante sottolineare anche i limiti: l'Asse P necessita sicuramente di ulteriori approfondimenti empirici a sostegno della sua validità e attendibilità; sarebbe auspicabile la costruzione di colloqui strutturati o altri strumenti che permettano una diagnosi in PDM; l'influenza del DSM, soprattutto per l'Asse S, produce una sottovalutazione di alcuni aspetti psicopatologici clinicamente rilevanti come l'ipocondria e il panico, senza considerare il loro status di tratti, sintomi o sindromi (Lingiardi, Del Corno, 2008); anche aspetti come le psicosi o le dissociazioni connesse a sintomi psicosomatici e ai disturbi alimentari non sono particolarmente considerati, nonostante riflettano un'ampia porzione della realtà clinica (Speranza, 2009; Porcelli, 2009).

Sicuramente la pubblicazione del PDM ha sancito un punto notevolmente importante per la diagnostica ad orientamento psicodinamico che si propone di coniugare la realtà clinica alle evoluzioni empiriche e scientifiche del settore. L'auspicio è che il manuale venga usato e si diffonda in setting sia di natura clinica che empirica affinché possa essere migliorato, in quanto strumento diagnostico, in modo sempre più valido e attendibile (Lingiardi, Dazzi, 2009).

1.6 La diagnosi nelle istituzioni: tra clinica e valutazione empirica

Migliorare la clinica, nel contesto dei Servizi Pubblici, è importante. La ricerca empirica può giovare alla clinica e fornirle solide basi ed utili riscontri, per organizzare e monitorare le proprie azioni al fine di raggiungere gli obiettivi di efficacia ed efficienza. A partire dalla diagnosi e dal processo di *assessment* iniziale, i clinici possono ricavare i dati necessari per la costruzione di trattamenti su-misura per i pazienti e gettare le basi

dell'alleanza diagnostica che precede la nascita dell'alleanza terapeutica (Lang, 1996; Vigorelli, 2005). I ricercatori, d'altra parte, non possono esimersi dall'approfondire l'indagine e la raccolta delle variabili nella "fase 0" del trattamento, se intendono effettuare ed ottenere ricerche realmente scientifiche, valide ed attendibili. In terzo luogo, la nuova organizzazione del contesto sanitario nazionale prevede procedure di valutazione e ricerca sull'esito delle psicoterapie.

Fino agli inizi degli anni '90, la legislazione italiana relativa alle disposizioni sulle strutture sanitarie impegnate nell'ambito della salute mentale non aveva dettato particolari indicazioni e direttive su come la prassi andava indirizzata. Un cambiamento significativo nella direzione dell'affiancamento virtuoso di clinica e ricerca, inizia ad essere percepibile in seguito ad una serie di decreti legislativi, che segnalano anche l'avvenuta graduale integrazione tra pratica clinica e metodologia scientifica *strictu sensu*. Mirato a porre i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) in condizione di dimostrare la qualità, l'efficacia e l'efficienza degli interventi erogati, il Decreto Legislativo 502 del 30.XII.1992, con le successive integrazioni presenti nel Decreto Legislativo 517 del 7.XII.1993, esprime il "riordino e la disciplina in materia sanitaria" introducendo criteri manageriali per la gestione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), focalizzandosi in particolare sulla costruzione di percorsi di valutazione attraverso "il metodo della verifica e della revisione della qualità e quantità" e l'uso "di indicatori di efficienza e qualità" (art.10). L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attiva diverse ricerche e lavori a carattere nazionale finanziati dai fondi del Ministero della Salute e grazie al sostegno di diverse società scientifiche e iniziative locali, ha inizio l'introduzione di una nuova fraseologia in ambito clinico, quella del *"flusso informativo, controllo di qualità, strumenti e metodologie per la verifica dei risultati, sistemi di indicatori, destinazione di fondi per le ricerche e i programmi speciali attinenti agli aspetti gestionali, valutazione dei servizi, tematiche della comunicazione e rapporto con i cittadini et cetera."* A sostegno della diffusione del lavoro di ricerca empirica nei servizi sanitari pubblici, il successivo Decreto n. 229 del 18.VI.1999, "Norme per la Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", oltre a confermare la precedente impostazione, enfatizza l'importanza delle funzione di verifica della qualità e revisione dei risultati, soprattutto in relazione al concetto di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Questi decreti rispondono non solo all'esigenza di migliorare l'offerta sanitaria, ma a quella di ridurre

costi e, soprattutto, gli sprechi.

Il Progetto Obiettivo della Salute Mentale 1998-2000 sottolinea l'importanza della “diffusione della cultura della valutazione, anche attraverso l'uso di indicatori, specie di processo e di risultato”, che viene indicata come una delle attività che il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province devono promuovere avvalendosi dei propri organi tecnico-scientifici, dell'Università e di altri enti di ricerca. Per quanto riguarda la psicoterapia, i ricercatori vengono sollecitati dalle scoperte in campo neuroscientifico e farmacologico, che impongono di rilevare prove *evidenti* degli effetti positivi delle psicoterapie, che altrimenti sarebbero da considerarsi prestazioni superflue al fine della cura.

Uno dei modelli tradizionalmente più usati nella letteratura internazionale sulla valutazione empirica della psicoterapia è quello della verifica dell'efficacia attraverso *trials* clinici randomizzati, che, pur garantendo l'attendibilità e una buona validità interna dei risultati, secondo molti ricercatori contemporanei perdono molto in validità esterna e rischiano di offrire risultati poco aderenti alla realtà del contesto. Lo studio sperimentale randomizzato, infatti, non considera certi fattori propri dei luoghi di applicazione della psicoterapia, come la variabilità della durata dei trattamenti, la flessibilità delle scelte tecniche, la complessità del quadro diagnostico iniziale, la ricerca di un miglioramento funzionale del paziente (Seligman, 1995). Una ricerca in psicoterapia che dia senso al lavoro quotidiano dei clinici dovrebbe rispondere a molteplici requisiti, fra i quali, in primo luogo, considerare obiettivo del proprio studio una rilevazione di ciò che accade nella psicoterapia così come essa viene praticata nelle sedi cliniche naturali (Orlinsky, 2006). Per rispettare tali caratteristiche “naturali” del fenomeno “psicoterapia” è necessario, per esempio, formulare descrizioni delle caratteristiche del paziente in termini più specifici e più chiaramente pertinenti alla psicologia, utilizzando variabili psicodinamiche di elevata complessità e non limitandosi alla descrizione della patologia o alle variabili di tipo socio-anagrafico solitamente indicate nella selezione dei soggetti per la ricerca. Inoltre, è necessario studiare i risultati della psicoterapia descrivendo il cambiamento in termini sia comportamentali che esperienziali secondo diversi modi in cui il paziente e il terapeuta possono valutare la relazione fra lavoro clinico e riuscita. Per realizzare tale obiettivo, la

ricerca in psicoterapia si è spostata negli ultimi decenni verso una valutazione che coniughi lo studio dei risultati con quello del processo (Westen, 2005; Dazzi, 2006).

A livello metodologico, una decisione fondamentale e caratterizzante per il lavoro di ricerca è quella relativa alla scelta degli strumenti da adottare. Gli strumenti di valutazione, infatti, dovrebbero risultare applicabili in modo relativamente trasversale rispetto agli orientamenti teorici e tecnici dei clinici che conducono i trattamenti da studiare; al tempo stesso, tuttavia, occorre aver chiaro che i costrutti teorici di riferimento degli strumenti danno significato specifico ai risultati di una ricerca, imponendo limiti alla loro generalizzabilità.

Se, come esplicitato, l'obiettivo dell'indagine è valutare l'offerta complessiva dei DSM, è preferibile considerare strumenti più adatti a studi *multidimensionali*, che offrono una panoramica del cambiamento del paziente articolata su livelli differenti. Un servizio pubblico, infatti, non eroga un'unica prestazione, e spesso ogni paziente usufruisce di trattamenti multipli che hanno sia obiettivi di miglioramento specifici, sia obiettivi più generali, indirizzati al contesto ambientale e familiare del paziente stesso, che diventano variabili da non sottovalutare durante la pianificazione del progetto di ricerca. Le ricerche sulle psicoterapie erogate nei DSM possono inoltre avvalersi del *doppio sistema di valutazione* (*auto* ed *etero*), per ovviare ai limiti degli strumenti *autosomministrati* ed *eterosomministrati*. I primi, pur limitando i *bias* relativi allo sperimentatore, non ovviano ai problemi relativi all'affidabilità delle risposte date dal paziente; i secondi, invece, possono risentire delle distorsioni del "giudice" (sia esso il terapeuta o un osservatore esterno). Uno studio ideale dovrebbe avere misure facilmente applicabili e standardizzate, che diano risultati realmente significativi da un punto di vista clinico e siano in grado di valutare variabili molteplici e complesse (Fava e Masserini, 2002). La ricerca in psicoterapia condotta nei Dipartimenti di Salute Mentale deve riuscire a coniugare esigenze metodologiche, per garantire un certo rigore scientifico, e attenzione al contesto clinico e organizzativo, nel rispetto del lavoro di cura e comprensione della sofferenza psichiatrica e psicologica. Proprio a partire da queste considerazioni appare necessario che il modello di ricerca si adatti al contesto in cui viene applicato, tollerando i limiti metodologici che ciò comporta. L'obiettivo è quello di ottenere risultati replicabili senza che la ricerca diventi un elemento intrusivo all'interno del servizio in generale e nella relazione terapeutica più in particolare.

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il Centro di Salute Mentale (CSM) svolge l'attività di accoglienza, diagnosi, presa in carico e di intervento psicologico- psicoterapeutico nei confronti dell'utenza territoriale. La possibilità di fornire, in ambito istituzionale, interventi terapeutici calibrati rispetto ai bisogni del paziente, risulta spesso ridotta, a causa dell'interazione di una molteplicità di fattori contestuali, tra cui la mancanza di protocolli strutturati di valutazione psicodiagnostica che non consente di chiarificare l'obiettivo degli interventi né di conseguire la valutazione degli esiti delle psicoterapie. Appare importante sottolineare come questa condizione di carenza di strumenti possa essere collegata all'impiego, ampiamente diffuso nella prassi dei servizi pubblici dei sistemi di classificazione diagnostica internazionale, DSM IV e ICD X, che presentano rilevanti limitazioni poiché non forniscono indicazioni utili al trattamento, essendo fondati su un modello categoriale e descrittivo. Nella prassi di routine dei servizi pubblici, l'effetto dell'utilizzo del sistema descrittivo-categoriale è stato oggetto di alcune ricerche in cui è stato messo in luce come talvolta la psicoterapia venga considerata come trattamento elettivo in virtù di una consuetudine diagnostica rispetto all'uso o meno di taluni codici nosografici che non comportano in sé nessuna indicazione o linea guida utile al lavoro del clinico (Bittanti, Nazzani, & Gaddi, 1998). Introdurre una metodologia per la valutazione diagnostica utile alla formulazione del caso clinico ed alla pianificazione degli interventi è alla base della successiva verifica dell'esito dell'intervento. La ricerca empirica può essere fecondamente introdotta all'interno del servizio pubblico per corrispondere sia agli scopi dell'istituzione, intenzionata ad integrare indicatori e parametri di efficacia e di qualità del servizio offerto, sia verso il lavoro degli operatori rispetto alla chiarezza, alla coerenza e alla fondatezza delle procedure adottate. A questo scopo, risulta di prioritaria importanza una riflessione approfondita rispetto all'impostazione della fase di valutazione diagnostica e di *assessment*, quale fase necessariamente iniziale di qualsiasi verifica di esito e/o di processo.

Inquadrabile in questo contesto è il progetto di ricerca frutto della collaborazione tra l'Azienda ASL RmA e il Dipartimento di Psicologia dinamica e clinica della Sapienza in corso da tre anni. La collaborazione ha visto, oltre allo svolgimento dello studio sugli esiti e sul processo, anche il coinvolgimento della docenza universitaria in attività formative rivolte agli operatori dei servizi, in particolare per quanto riguarda l'uso

clinico dell'intervista sull'attaccamento adulto. Il progetto è nato proprio con l'idea di condurre una ricerca che seguisse una dignitosa metodologia scientifica in un contesto clinico istituzionale, al fine di cooperare per il miglioramento dell'offerta. Così è stato messo a punto un protocollo per la valutazione iniziale delle problematiche presentate dai pazienti che richiedono una psicoterapia presso i servizi pubblici, tale che permette: a) di offrire un *assessment multi-strumentale* degli aspetti psicopatologici e delle risorse; b) di confrontare le valutazioni auto-riferite dei pazienti con valutazioni date dal clinico e da ricercatori esterni al *setting* terapeutico; c) di valutare i cambiamenti del paziente nel corso e alla fine della psicoterapia. Così ai colloqui clinici di routine effettuati dal servizio, che prevedevano una diagnosi per mezzo dell'ICD IX, è stata affiancata una batteria di strumenti: la *Symptom Check-List 90 Revised* (SCL-90-R: Derogatis, 1983; versione italiana: Preti et al., 2010) che inquadra l'aspetto sintomatologico riferito dal paziente; la *Response Evaluation Measure* (REM-71: Steiner, Araujo, Koopman, 2001; adattamento italiano: Prunas et al., 2009) e il *Coping Orientations to Problem Experienced* (COPE: Carver, Scheier, Weintraub, 1989; adattamento italiano: Steca et al., 2001) che forniscono un'operazionalizzazione dei principali meccanismi difensivi e stili di coping propri del soggetto; l'*Inventory of Personality Organization* (IPO: Kernberg & Clarkin, 1995) per una valutazione dell'organizzazione strutturale. Accanto a questi strumenti *self-report* sono state previste anche una valutazione *clinician-report* sulla valutazione delle caratteristiche della personalità normali e patologiche attraverso la SWAP-200 e la somministrazione dell'*Adult Attachment Interview* (AAI; George et al., 1985) audio registrata per valutare lo stile di attaccamento e la qualità delle narrazioni dei pazienti coinvolti (De Coro, Andreassi, Crisafulli, et al. 2011).

Il progetto, ancora in corso presso i DSM della Asl RMA, è stato riportato come un esempio di integrazione tra pratica clinica e ricerca scientifica in Italia e come una specifica del contesto in cui è stato condotto lo studio di validazione dell'IPO. I parametri empiricamente derivati non hanno solo un'utilità clinica in quanto permettono di approfondire la fase diagnostica nei servizi coinvolti ma sono di rilievo scientifico poiché forniscono anche l'opportunità di monitorare il cambiamento terapeutico attraverso una metodologia scientifica.

Capitolo 2

Il modello diagnostico di Otto Kernberg:

i principali elementi della teoria clinica e gli strumenti concettuali ed empirici

2.1 Introduzione della diagnosi strutturale

Otto Kernberg (1975, 1984 e 1996) è il primo autore che ha proposto una diagnosi strutturale della personalità associata a un'intervista semistruutturata che ne permette la valutazione. La teoria di Kernberg propone un modello di sviluppo della mente che integra concetti della psicoanalisi freudiana e kleiniana, la psicologia dell'Io e il pensiero di Autori come la Mahler e la Jacobson, la teoria delle relazioni oggettuali, le ricerche sull'infanzia e sulla biologia delle emozioni (Kernberg, 1975, 1981, 1984).

All'inizio degli anni '50 iniziano i rapporti tra la psicoanalisi classica e il mondo accademico. La psicologia dell'Io, che si diffuse negli Stati Uniti, e l'influenza di autori come Hartmann, hanno contribuito a costruire un terreno fertile per il cambiamento culturale che vede il proliferare di studi empiricamente fondati sulla clinica psicoanalitica. David Rapaport insieme a Karl Menninger furono tra coloro che avviarono, già negli anni '40, un programma di ricerca e di insegnamento che mirava a riformulare i concetti della teoria psicoanalitica in termini più vicini alla psicologia scientifica (Jervis, Dazzi, 1999). L'apertura verso lo studio scientifico e di ricerca della clinica e dei processi mentali porta già lo stesso Rapaport a sottolineare l'importanza della valutazione del funzionamento strutturale, cercando di ampliare la meta psicologia freudiana di riferimento, che vedeva la mente come risultato di un gioco di forze tra le tre istanze psichiche Io, Es e Super-Io (Freud, 1922,1923). Lo sforzo di questo Autore fu quello di sistematizzare le modalità con cui ciascuna persona utilizza i processi cognitivi per "organizzare" i processi funzionali che si trasformano in affetti. La sua formulazione strutturale è stata sempre influenzata e prodotta anche in virtù di una possibile verifica empirica e sperimentale (Rapaport e Gill, 1959; Rapaport, 1960).

In questa cornice storica può essere iscritto il lavoro di Kernberg che si focalizza, in particolare, sull'importanza di una diagnosi psicoanaliticamente fondata dei disturbi della personalità. Per tentare di superare il modello psicoanalitico classico che distingue essenzialmente due grandi categorie: nevrosi e psicosi. Obiettivo dell'Autore è quello di aumentare complessità all'inquadramento strutturale dei pazienti con la finalità di una adeguata indicazione di trattamento. In particolare, il modello di Kernberg, nasce negli anni '70 con l'obiettivo di studiare quella categoria psicopatologica che sta tra le nevrosi e le psicosi differenziandosi per caratteristiche strutturali. L'indagine e l'approfondimento dell'organizzazione borderline di personalità ha visto proliferare la produzione teorico scientifica dell'Autore.

Kernberg, ritiene necessaria una diagnosi strutturale sia per una comprensione psicodinamica del funzionamento del paziente sia per formulare una modalità di intervento adeguata ai suoi pattern stabili. "Le strutture sono configurazioni relativamente stabili di processi psichici (..). Ho usato l'espressione analisi strutturale per descrivere il rapporto tra i derivati strutturali delle relazioni oggettuali interiorizzate e i vari livelli di organizzazione del funzionamento psichico (..). L'organizzazione strutturale assolve la funzione di stabilizzare l'apparato psichico, mediando tra fattori etiologici e le dirette manifestazioni della malattia e del comportamento. Indipendentemente da quali sono i fattori genetici, costituzionali, biochimici, familiari, psicodinamici o psicosociali che concorrono nel dare origine alla malattia, gli effetti di tutti questi fattori vanno a confluire nella struttura psichica individuale, che poi diventa matrice da cui si sviluppano i sintomi osservabili nel comportamento" (Kernberg, 1984, p. 17).

2.2 Le tre organizzazioni strutturali della personalità

La nosografia costruita da Kernberg può essere osservata considerando la dimensione della gravità (Kernberg, 1975): egli ritiene infatti che principalmente le organizzazioni strutturali possano essere di tipo psicotico, borderline o nevrotico. Queste organizzazioni possono essere individuate osservando degli specifici criteri strutturali, quali l'identità e dunque il suo grado di diffusione, i meccanismi di difesa e il loro livello di immaturità e l'esame di realtà e la sua compromissione. Accanto a questi tre criteri,

che sono le principali linee guida per una diagnosi strutturale, Kernberg identifica degli indicatori aggiuntivi che, all'interno della stessa organizzazione borderline ad esempio, permettono di comprenderne il grado di compromissione e poter esprimere una prognosi affidabile. I criteri aggiuntivi sono: il livello di integrazione del Super-Io, la presenza di aggressività primitiva e il grado di forza o debolezza dell'Io, in particolare la tolleranza dell'angoscia, il controllo degli impulsi e la capacità di sublimazione (Kernberg, 1984).

L'identità è l'insieme delle rappresentazioni che ogni individuo ha di sé e degli altri. Una certa diffusione dell'identità è propria dei casi in cui aspetti differenti o opposti dell'esperienza di sé e dell'altro non possono essere integrati, dunque vengono mantenuti separati, caratterizzando così le rappresentazioni di sé e dell'altro come bidimensionali, povere e rapidamente mutevoli (ibidem). Anche la chiara distinzione tra il sé e l'altro è compromessa nei casi di identità diffusa, tanto che, a volte, non c'è capacità di discriminare ciò che è proprio del sé da ciò che è proprio dell'altro. Così gli affetti e gli impulsi provati verso sé stessi e gli altri sono labili, rapidamente mutevoli, poco complessi ed estremi. Spesso un soggetto con identità diffusa lamenta un certo vuoto interiore, un senso di discontinuità nell'esperienza di sé, manifesta forte aggressività, presenta comportamenti spesso contraddittori e non affettivamente integrabili. Le relazioni che intesse con gli altri mancano spesso di intimità, sono superficiali e nel racconto dell'altro al clinico il soggetto non trasmette una reale immagine di come e chi siano effettivamente le persone importanti per lui. Spesso la capacità empatica è bassa se non assente ed è presente caoticità nei rapporti. Una struttura ben integrata, al contrario, è tipica di coloro che hanno un'immagine di sé caratterizzata da diversi aspetti, ricchi di complessità e sfumature, che coesistono e sono ben organizzati tra loro. Allo stesso modo anche dell'altro si ha una rappresentazione chiara e vicina alla realtà, articolata e multiforme. Proprio per questa ricchezza delle loro rappresentazioni interne riescono a descrivere al clinico chi sono loro e chi sono gli altri permettendogli di costruirsi un'immagine veritiera e tridimensionale. Un'identità ben integrata, dunque, è propria di coloro che riescono a tollerare e a mettere insieme aspetti "buoni" e "cattivi" dell'esperienza e a mantenere chiaro il confine affettivo ed emotivo tra sé e altro. Così un'identità integrata è propria di coloro che sono in grado effettivamente di stabilire e mantenere relazioni con gli altri

caratterizzate da calore e intimità e presentano anche un' adeguata differenziazione tra passato e presente.

I meccanismi di difesa sono operazioni mentali più o meno consapevoli volti a risolvere un conflitto affettivo – emotivo intra o extra psichico. Questi modi di organizzarsi della mente sono più o meno stabili e determinano il modo del soggetto di trattare e ovviare a situazioni che lo coinvolgono emotivamente. I meccanismi di difesa immaturi detti anche primitivi si caratterizzano per una scarsa capacità di riflettere e accettare i propri conflitti psichici, tipici di modalità infantili di funzionamento mentale, si organizzano attorno alla scissione delle rappresentazioni di sé e dell'altro, dunque affetti o emozioni in conflitto tra loro non vengono integrate dalla mente dell'individuo ma parzialmente negate o comunque allontanate dalla consapevolezza (Kernberg, 1984). Così le immagini di sé stessi e degli altri oscillano tra l'essere totalmente “buone” o totalmente “cattive”, tra queste difese le principali sono l'identificazione proiettiva, il diniego, la svalutazione, l'idealizzazione, l'onnipotenza e l'acting out (Lingiardi, Madeddu, 2002). I conflitti che scaturiscono dalla propria ambivalenza sono negati: sentimenti quali la dipendenza e la colpa non vengono esperiti dai soggetti che adottano massicciamente meccanismi di difesa immaturi. Le difese mature, invece, sono le strategie psichiche più creative e funzionali per trattare i conflitti emotivi ed affettivi, denotano una capacità del soggetto di tollerare i propri sentimenti contraddittori e ambivalenti e di trovare soluzioni di compromesso. Le difese mature, dunque, si distinguono da quelle primitive perché mantengono una visione della realtà adeguata e non ne comportano una massiccia distorsione, sono operazioni mentali che, principalmente allontanano dalla consapevolezza del soggetto affetti e rappresentazioni dolorose. Le principali difese mature sono la rimozione, lo spostamento, la formazione reattiva, l'intellettualizzazione, l'isolamento, la razionalizzazione e l'annullamento retroattivo.

Il terzo criterio strutturale considerato dal modello kernberghiano è l'esame di realtà. Questa funzione psichica si riferisce alla capacità di discriminare i sentimenti, gli affetti, le emozioni e le rappresentazioni proprie da quelle altrui e percepire correttamente quella che è la realtà condivisa. In caso di una compromissione dell'esame di realtà il soggetto perde la capacità di percezione adeguata del mondo esterno e ne altera il rapporto sulla base di una sua visione soggettiva che tratta come se fosse oggettiva e condivisibile (Kernberg, 1984). Sintomi come i deliri, le allucinazioni e le altre forme di

disorganizzazione del pensiero e del comportamento sono una chiara manifestazione della perdita dell'esame di realtà. Al contrario un adeguato rapporto con la realtà permette al soggetto di comprendere il punto di vista dell'altro e di mantenere separati aspetti soggettivi dell'esperienza da aspetti più oggettivi, inoltre gli permette di comprendere il punto di vista dell'altro e di distinguerlo dal proprio.

Dalla valutazione dei tre criteri principali si possono distinguere le tre principali organizzazioni della personalità individuate da Kernberg: organizzazione psicotica, organizzazione borderline o al limite e organizzazione nevrotica (Vedi Tabella 1).

Tabella 1 Le organizzazioni della personalità (da Kernberg, 1984, p. 33).

Criteri strutturali	Personalità nevrotica	Personalità al limite	Personalità psicotica
Integrazione dell'identità	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono nettamente delimitate	Dispersione dell'identità: gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono scarsamente integrati e sono tenuti separati	
	Identità integrata: le immagini contraddittorie del Sé e degli altri sono integrate in concezioni complessive		Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scarsamente delimitate oppure è presente un'identità delirante
Operazioni difensive	Rimozione e difese di alto livello: formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, razionalizzazione e intellettualizzazione	Per lo più scissione e difese di basso livello: idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego, onnipotenza, svalutazione	
	Le difese proteggono il paziente dal conflitto intrapsichico. L'interpretazione migliora il funzionamento		Le difese proteggono il paziente dalla disintegrazione e dalla fusione del Sé con l'oggetto. L'interpretazione provoca regressione
Esame di realtà	È mantenuta la capacità di esaminare la realtà: differenziazione del Sé dal non-Sé, delle origini intrapsichiche da quelle esterne di percezioni e stimoli	Si verificano alterazioni nei rapporti con la realtà e nei sentimenti di realtà	
	Esiste la capacità di valutare il Sé e gli altri realisticamente e in profondità		La capacità di esaminare la realtà è persa

L'organizzazione psicotica della personalità è caratterizzata dalla diffusione dell'identità, dunque dalla scarsa integrazione delle immagini di sé e dell'altro, da un uso massiccio di meccanismi di difesa centrati sulla scissione e dalla perdita dell'esame di realtà. Le difese immature utilizzate dall'organizzazione psicotica hanno come scopo quello di mantenere separate le rappresentazioni buone da quelle persecutorie poiché queste ultime potrebbero annientare e distruggere le immagini interne idealizzate. Dunque queste difese permettono al soggetto di proteggere una certa parte buona dei propri oggetti interni. Questi meccanismi immaturi assolvono la medesima funzione nel caso dell'organizzazione borderline ma, per la struttura psicotica c'è un'ulteriore uso di queste operazioni mentali, quella di compensare la perdita dell'esame di realtà. Caratteristica principale, infatti, della struttura psicotica è la presenza di deliri e allucinazioni; la perdita dell'esame di realtà è la manifestazione della loro indifferenziazione interna tra rappresentazioni di sé e rappresentazioni dell'altro in presenza di affetti ed emozioni particolarmente intensi, come a sottolineare una mancanza di evoluzione dallo stato simbiotico dello sviluppo (Kernberg, 2004). L'organizzazione strutturale psicotica è tipica dei pazienti che presentano una schizofrenia o altra forma psicotica, dunque è un criterio differenziale per la diagnosi di disturbo della personalità e il trattamento elettivo è una terapia supportiva.

L'organizzazione borderline della personalità è caratterizzata principalmente da una certa diffusione dell'identità, dall'uso di difese immature centrate sulla scissione e da un adeguato esame di realtà. L'esame di realtà, infatti, è adeguato perché, a differenza di una struttura psicotica, quella al limite riesce a mantenere differenziate le rappresentazioni di sé da quelle dell'altro nelle due polarità persecutore e idealizzato. Nonostante ciò, in momenti particolarmente stressanti o conflittuali, le difese potrebbero attivarsi massicciamente tanto da provocare una certa alterazione nella comprensione e percezione oggettiva dell'altro e della realtà esterna (Kernberg, 1984). Questo tipo di organizzazione strutturale comprende, prevalentemente, tutti i disturbi della personalità rilevabili nella pratica clinica ma, sono distinguibili personalità al limite "di basso funzionamento" da personalità "ad alto funzionamento". Tra le organizzazioni maggiormente compromesse sono rilevabili le personalità borderline, schizoide, schizotipica, paranoide, ipomaniacale, ipocondriaca, narcisistica e antisociale. Questi disturbi presentano spesso, oltre ad una grave diffusione dell'identità

e a manifestazioni di meccanismi di difesa primitivi, una certa compromissione del Super-Io, in particolare per quanto riguarda le personalità narcisistiche e antisociali. Tutti i pazienti con organizzazione borderline di basso funzionamento presentano gravi distorsioni e compromissioni nelle relazioni interpersonali, non riescono a stabilire e mantenere relazioni intime; sono persone che non riescono a impegnarsi professionalmente, sono spesso incerte e non hanno dei chiari scopi in diverse aree della loro vita e manifestano anche differenti problematiche per quel che concerne la sessualità in genere. Spesso sono individui che non riescono a integrare la sessualità con la tenerezza e l'affetto positivo, mostrano comportamenti caotici e hanno tendenze infantili perverse e polimorfe. Nei casi più gravi si nota un'inibizione generalizzata della sessualità per uno schiacciante predominio dell'aggressività. Un altro parametro che caratterizza le organizzazioni più gravi della sfera borderline è una chiara debolezza dell'Io, dunque l'incapacità di tollerare l'angoscia, controllare gli impulsi e sublimarli, tanto che spesso sono individui incoerenti, incostanti e poco creativi sul lavoro (Kernberg, 2004). Le organizzazioni strutturali borderline di alto funzionamento, invece, comprendono le personalità ciclotimiche, sadomasochistiche, infantili e istrioniche, dipendenti e narcisistiche con un maggior grado di funzionamento. Sono individui che hanno sicuramente un adattamento migliore alla realtà sociale, hanno alcune relazioni vagamente intime e a volte riescono a integrare la sessualità a comportamenti teneri. Hanno, infatti, alcune aree dell'Io meno compromesse, un Super-Io meglio integrato, stabiliscono una certa forma di dipendenze e sono più costanti sul lavoro tanto da riuscire a mantenere un adattamento migliore nella società (ibidem).

L'organizzazione nevrotica della personalità è caratterizzata da un'identità non diffusa, dall'uso di meccanismi di difesa maturi centrati sulla rimozione e hanno un saldo rapporto con la realtà. Sono individui capaci di relazioni profonde, che hanno una certa forza dell'Io che gli permette di tollerare l'angoscia e di sublimare i propri impulsi. Sono persone spesso efficaci e creative sul lavoro e hanno la capacità di integrare amore e sessualità. La loro vita è a volte disturbata da sensi di colpa inconsci che possono essere connessi all'intimità sessuale. Questo tipo di struttura spesso si ritrova in manifestazioni cliniche quali le personalità isteriche, depressivo-masochistiche, ossessive, evitanti e, più in generale, nei così detti "caratteri fobici". A volte si incontrano casi che presentano inibizioni o fobie specifiche.

Dopo la sua teorizzazione della diagnosi strutturale e dell'organizzazione borderline di personalità, avvenuta tra gli anni '70 e '80, Kernberg insieme a Clarkin e al suo gruppo di ricerca cercano di arricchire il modello delle tre organizzazioni e ne indagano le relazioni con i disturbi della personalità e con le dimensioni di personalità. Così dagli anni '90 iniziano gli studi clinici e di ricerca che mirano ad integrare la visione strutturale a quella sintomatica e dei tratti, da questi lavori nasce la distinzione tra l'organizzazione borderline di "alto funzionamento" e quella di "basso funzionamento": quasi tutti i disturbi di personalità infatti mostrano una struttura di tipo borderline, ma appare chiaro un differente livello di funzionamento che oscilla talvolta verso modalità più nevrotiche, altre volte verso organizzazioni più psicotiche. Le proposte del gruppo di Kernberg mirano ad integrare la teoria dell'organizzazione strutturale alle valutazioni diagnostiche e di personalità che vengono maggiormente adottate e a mantenere un'atteggiamento scientifico prestando attenzione al dialogo tra pratica clinica e verifica empirica.

Il modello alternativo, proposto da Kernberg, alla diagnosi psichiatrica classica, categoriale e descrittiva, propria dei principali manuali, DSM-IV e ICD-10, in quanto il tentativo di classificazione e distinzione netta di precise costellazioni sintomatiche se da un lato è servito a chiarire e differenziare i diversi disturbi di personalità, dall'altro ha favorito l'aumento della comorbidità e la potilicizzazione dei processi decisionali sull'attribuzione delle "etichette" a questi disturbi. In particolare, l'Autore, sostiene che uno stesso comportamento sintomatico può iscriversi in diverse organizzazioni strutturali di personalità (Kernberg, 1984). I sistemi di classificazione di matrice categoriale, così come quelli di tipo dimensionale, hanno, secondo l'Autore (Kernberg, 2004), anche la tendenza ad ancorare la ricerca empirica ai comportamenti manifesti e quindi superficiali dell'individuo che, invece, potrebbero essere espressione e asservire funzioni molto distanti e differenti sulla base del tipo di organizzazione strutturale che ne sottende. Uno dei modelli dimensionali ampiamente diffusi ad esempio è quello del *Five Factor Model* che spiega la personalità attraverso la commistione di cinque fondamentali elementi, frutto di numerose analisi fattoriali: nevroticismo, estroversione, apertura all'esperienza, gradevolezza e coscienziosità, che pare riescano a descrivere tutti i disturbi presenti nel DSM IV (Costa, Widiger, 1994; Widiger et al., 1994). Ma Kernberg cerca di rispondere alla domanda se questo modello possa davvero produrre

una comprensione clinica determinante della personalità sia normale che patologica. L'Autore sottolinea quanto uno stesso comportamento, come ad esempio la timidezza sociale o la fobia sociale, possa essere manifestazione di differenti funzionamenti strutturali, infatti al livello categoriale la fobia sociale può essere parametro diagnostico per un disturbo schizoide o uno evitante; ma al di là della classificazione del sintomo l'economia psichica soggiacente potrebbe essere mantenuta da una massiccia ideazione paranoide, oppure dalla paura di essere smascherato propria di un pensiero grandioso narcisistico, oppure potrebbe anche essere un meccanismo di formazione reattiva contro tendenze esibizionistiche proprie di personalità isteriche.

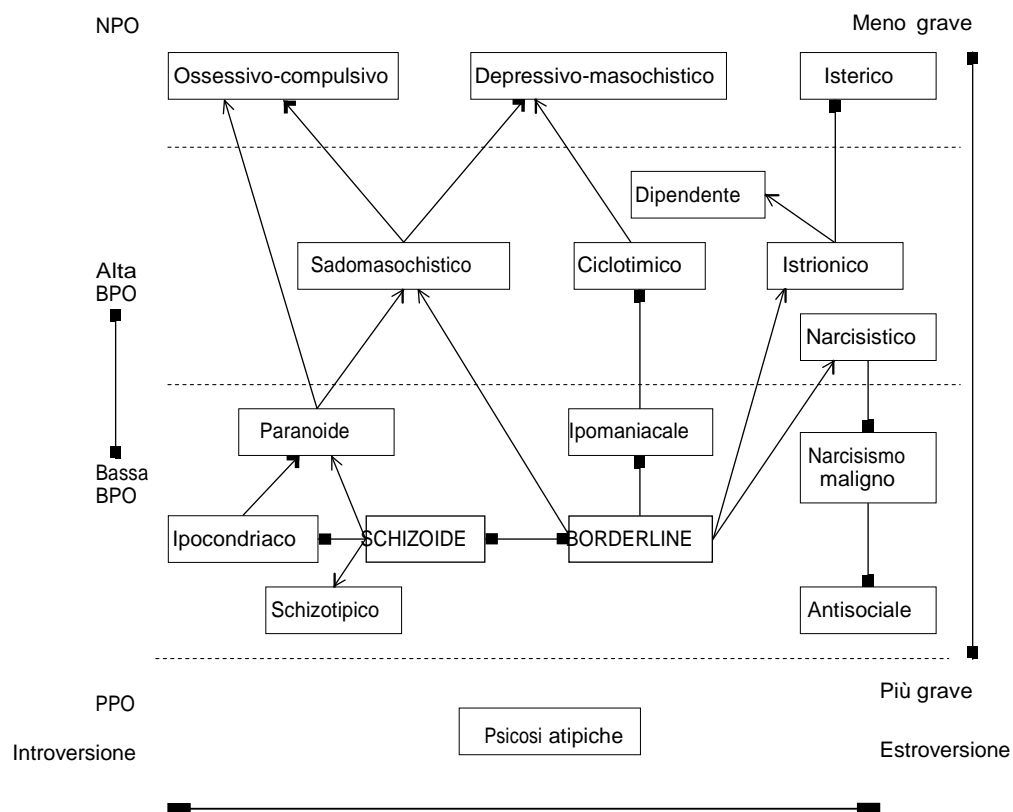
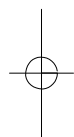
Kernberg (2004) sottolinea anche che il pensiero e l'approccio psicoanalitico non possono risolvere tutti i problemi diagnostici esistenti. Infatti un recente contributo di Clarking, Kenberg e Somavia (1998) per la valutazione dei pazienti con Disturbo Borderline della Personalità (DBP) propone un protocollo *multistrumentale* per l'*assessment* che integra tre livelli di comprensione: comportamentale, dei tratti e della struttura. Il livello comportamentale comprende la valutazione degli atteggiamenti ripetitivi e frequenti, soprattutto quelli che implicano interazioni con altre persone. Ciò può essere diagnosticato per mezzo dell'Asse II e di una intervista semistrutturata come la *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia* (Endicott, Spitzer, 1978) e l' *International Personality Disorder Examination* (PDE; Loranger, 1997). Il livello dei tratti, descritto come disposizioni a sentire e comportarsi indipendentemente dai cambiamenti ambientali, che può essere approfondito con strumenti come la *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (Clark, 1993) e il *Neo Personalità Inventory Revised* (Costa, McCrae, 1992). Infine, a livello strutturale, propongono la diagnosi per mezzo dell'intervista strutturale di Kernberg e lo strumento autosomministrato, messo a punto dagli stessi Autori, *Inventory of Personalità Organization* (IPO; Kernberg, Clarking, 1995; Foelsch et al., 2000). Questo protocollo fornisce informazioni utili per la condivisione di segni e sintomi riportati dal paziente borderline e per la comprensione della sua struttura di personalità, al fine di stabilire il trattamento terapeutico ad esso più consono.

Dai suoi primi contributi fino ai più moderni tentativi di integrazione, le teorie psicodinamiche e le rispettive pratiche terapeutiche degli ultimi decenni, hanno visto la struttura psichica e il funzionamento mentale due concetti diagnostici fondamentali,

insieme ai pattern interpersonali e ai conflitti intrapsichici tipici di un certo paziente (Horowitz et al., 1993b). “Il concetto di struttura psichica e di funzionamento mentale descrive le disposizioni o pattern tipici dell’esperienza e del comportamento di un individuo che si palesano per lo più nell’interazione interpersonale” (Gruppo OPD, 2006, p. 6).

Nella Tabella 2 riportiamo schematicamente in che modo Kernberg associ i disturbi della personalità alle organizzazioni strutturali e quali siano le interrelazioni tra loro.

Tabella 2: I disturbi di personalità e le loro interrelazioni (da Kernberg, 2004, p. 17).



Così come il concetto di struttura coniato da Kernberg si è modificato e adattato alle scoperte cliniche e scientifiche degli ultimi anni, anche gli strumenti che l'Autore, insieme al suo gruppo di ricerca, hanno messo a punto per ottenere una diagnosi di organizzazione strutturale sono stati perfezionati e modificati nel tempo. Partendo dal colloquio clinico strutturale di Kernberg esploreremo gli strumenti più recenti di matrice empirica, STIPO e IPO, tentativi di operationalizzare i criteri psicodinamici del modello kernberghiano.

2.3 Il colloquio strutturale

Di pari passo con l'evoluzione del suo modello diagnostico e delle riflessioni sulle caratteristiche strutturali implicite in una diagnosi di "disturbo di personalità", Kernberg ed il suo gruppo di lavoro mettono a punto una serie di strumenti che, pur rispettando le influenze cliniche di costruire una "relazione diagnostica" presentino caratteristiche che cerchino di seguire degli standard e quindi risultino sufficientemente affidabili. Il suo primo tentativo in tal senso è quello di mettere a punto delle linee guida relativamente standardizzate per la conduzione del colloquio diagnostico tradizionalmente considerato lo strumento principe per la valutazione psicodinamica di un paziente. Nasce così il "colloquio strutturale", che presenta indicazioni tecniche generali e deve essere valutato seguendo o specifici indicatori che "segnalano" la presenza di una delle tre "organizzazioni tipo".

Nel 1981 Kernberg teorizza il suo colloquio clinico strutturale. L'intervista che l'Autore ha messo a punto ha come obiettivo quello di tracciare un profilo diagnostico e di differenziare le organizzazioni strutturali borderline della personalità.

Suggerendone l'applicazione standard in tutti i contesti istituzionali, Kernberg insiste sulla necessità di operare, fin dalle primissime battute dell'incontro, una valutazione dello stato mentale del paziente: qualora si evidenzia una sindrome psicotica o organica si procede alla raccolta anamnestica in modo simile ad un tradizionale colloquio psichiatrico, abbandonando l'approfondimento introspettivo richiesto da questa intervista.

Kernberg, infatti, sottolinea quanto possa essere utile avere prima un'anamnesi psichiatrica classica del paziente stesso soprattutto per i clinici non esperti. Questo modo di procedere ha dei vantaggi e degli svantaggi: la valutazione psichiatrica classica diminuisce l'angoscia iniziale del paziente poiché riproduce una modalità tradizionale di interazione medico-paziente, questo tipo di approccio controlla ed evita la messa in moto di difese primitive; nei casi di struttura nevrotica, però, precedere una raccolta dei dati classica potrebbe indurre il soggetto ad adattarsi in modo difensivo al colloquio stesso, oscurando la sua angoscia e dunque i suoi conflitti prevalenti. Alla luce di queste osservazioni Kernberg propone di utilizzare il pre-accertamento psichiatrico nei casi in cui non si disponga di molto tempo e qualora il clinico non sia particolarmente esperto; mentre, qualora si avesse un adeguato tempo a disposizione e si fosse abbastanza esperti per gestire l'angoscia che potrebbe emergere da un'indagine di tipo strutturale, sarà più proficuo, soprattutto per una buona diagnosi differenziale tra organizzazione nevrotica e borderline, partire direttamente con l'indagine strutturale.

I principali tipi di interventi da utilizzare durante il colloquio sono la *chiarificazione*, la *messa a confronto*, l'*interpretazione* e l'*interpretazione della traslazione*.

La *chiarificazione* è l'esplorazione di tutti i contenuti vaghi, contraddittori, ambigui, poco chiari che si evincono dall'enunciato del paziente; il contenuto riportato dal paziente viene trattato senza essere messo in discussione con l'unico scopo di rilevare quanto ciò che il soggetto dice sia effettivamente oscuro o confuso per lui. Il paziente, essendo indotto a chiarire, porrà in evidenza quanto sia consapevole dei propri comportamenti. La *messa a confronto* mira a far notare al paziente quegli aspetti da lui riportati che sembrano indicare la presenza di un conflitto poiché contrastanti tra loro o contraddittori. E' necessario mettere al corrente il paziente di qualche suo atteggiamento attuale, messo in atto magari senza rendersene conto, e sottolinearne la valenza contraddittoria: si avvicina in qualche modo un contenuto pre-conscio alla consapevolezza. Inoltre, l'intervistatore ipotizza una relazione tra l'atteggiamento rilevato e lo stato attuale del paziente stesso per sondare quanto il soggetto sia disponibile ad accettare e considerare di osservare il suo funzionamento da una diversa prospettiva. La messa a confronto mette in luce il grado di consapevolezza del soggetto rispetto alla realtà e con quale grado riesca a mettersi nei panni del clinico che propone

una visione alternativa alla sua di valutare la realtà stessa. Così questo tipo di intervento richiede tatto e pazienza da parte dell'intervistatore.

L'*interpretazione*, a differenza della messa a confronto, mette in collegamento il materiale conscio e preconscious rilevato e ne ipotizza delle funzioni o motivazioni inconse, esplora le origini conflittuali della mantenuta separatezza di certi aspetti della realtà. In qualche modo l'interpretazione mette in luce le angosce e i conflitti che si sono attivati. Rispetto alla messa a confronto, che collega e riorganizza il materiale osservato, l'interpretazione aggiunge profondità e significato in una dimensione ipotetica.

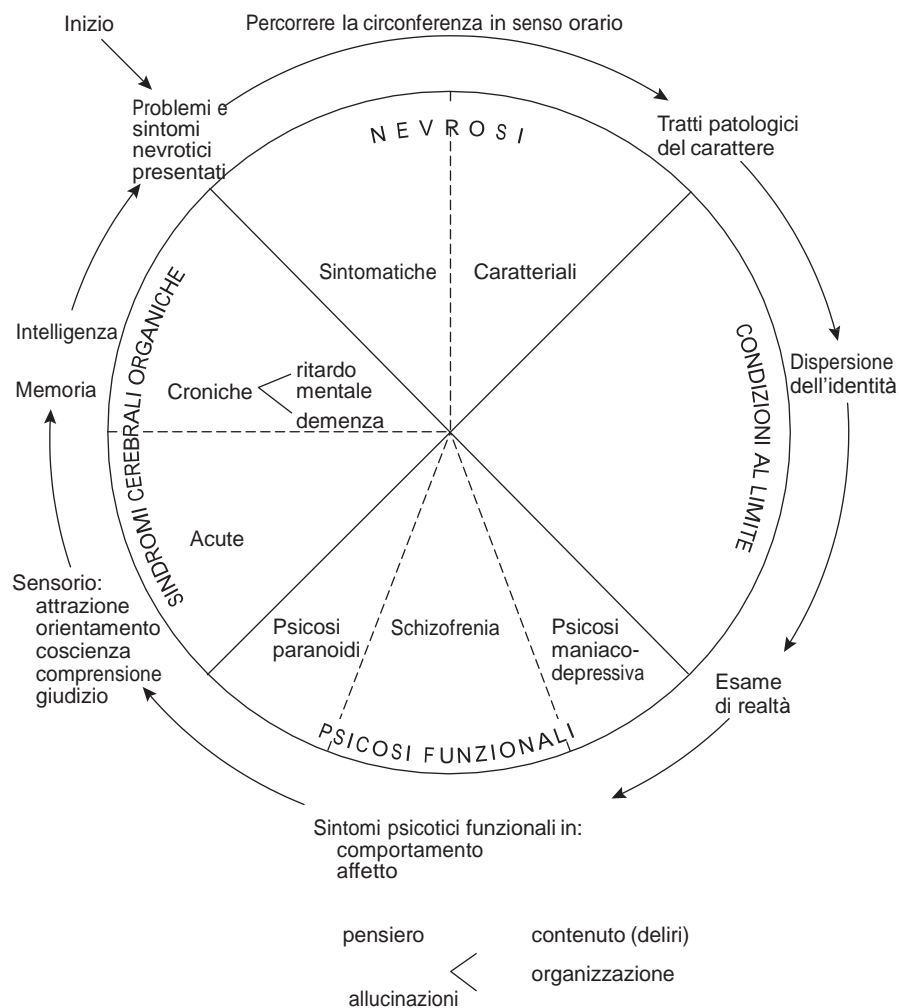
Un particolare tipo di interpretazione è l'*interpretazione della traslazione*: la *traslazione* è la presenza, nell' interazione con l'intervistatore, di comportamenti inappropriati, specchio della riproduzione dei rapporti inconsci patogeni e conflittuali con gli altri significativi, le reazioni di traslazione permettono di mettere in collegamento il disturbo attuale con l'esperienza passata relazionale del paziente.

Kernberg riporta un esempio per sottolineare la differenza tra questi tipi di interventi: "Far rilevare al paziente il suo atteggiamento controllante e sospettoso con il clinico è una messa a confronto. Fargli osservare che , forse, egli attribuisce al clinico un atteggiamento rigido , aspro, sospettoso, tendente al controllo- e perciò forse ha la sensazione di dover stare in guardia a causa della propria lotta interiore con tali tendenze- è un'interpretazione. Osservare che il paziente sta lottando con il clinico che conduce il colloquio, il quale rappresenta un "nemico" interno con quelle caratteristiche che egli ha sperimentato in passato in un'interazione analoga con una figura genitoriale, è un'interpretazione della traslazione" (Kernberg, 1984, p.22).

Il colloquio ha un andamento ciclico: dalla fase iniziale, in cui si chiede al paziente di presentare le sue difficoltà e motivazioni che lo hanno portato a richiedere una valutazione, si traggono i principali sintomi nevrotici, li si analizza anche alla luce del tipo di interazione che il paziente stabilisce con l'intervistatore e si passa ad analizzarli uno per volta per mezzo di chiarificazione, messa a confronto e interpretazione. La diagnosi strutturale comincia a prendere forma sulla base delle reazioni ai diversi interventi che il paziente mostra. La natura ciclica (Vedi Figura 1) del colloquio lo rende sicuramente una procedura differente da quella tradizionale: i sintomi chiave collocati sul perimetro del cerchio consentono al clinico di iniziare e completare un ciclo di

indagine per poi ritornare al punto iniziale e riprendere con un nuovo ciclo; modello in antitesi con l'intervento tipo "albero delle decisioni" che segue uno schema fisso di progressione. Inoltre, un'altra peculiarità e differenza del colloquio di Kernberg rispetto a quello classico, è di concentrarsi sull'interazione e la manifestazione transferale attuale del paziente con il clinico che conduce il colloquio e intervenire attraverso la tecnica psicoanalitica per mettere in luce conflitti e operazioni sottostanti ai sintomi chiave rilevati solo a livello descrittivo dalla psichiatria tradizionale.

Figura 1: ciclo dei sintomi chiave (Kernberg, 1984 p.42).



2.3.1 Le fasi del colloquio

La *fase iniziale* del colloquio prevede la raccolta delle informazioni sul paziente sia rispetto al suo disagio e alle sue difficoltà che riguardo al suo carattere ed alla sua personalità più in generale.

Una possibile apertura del colloquio potrebbe essere:

“Mi interessa sapere che cosa l’ha portata qui, qual è la natura dei suoi problemi o delle sue difficoltà, che cosa si aspetta dal trattamento e come si sente ora al riguardo” (Kernberg, 1984 p. 44).

Attraverso questa domanda si cominciano ad esplorare le caratteristiche dello stato mentale del paziente: se ricorda la domanda, se riesce a formulare una risposta coerente, si indaga sul suo sensorio, memoria e intelligenza. Così si percorre il primo ciclo e si esclude una diagnosi di psicosi o di altro problema di natura organica, che porterebbero ad una manifesta alterazione del rapporto con la realtà. Se, dunque, le funzioni cognitive in generale sembrano integre si procede all'esplorazione dei sintomi indagando sulla loro insorgenza, sul tipo di decorso e su altre peculiarità che sono importanti per comprenderne la natura. Già da questa prima fase si intuisce quanto per Kernberg siano importanti la forma e la modalità con cui un paziente tratta e risponde alle domande dell'intervistatore più che il contenuto stesso. Anche le domande di approfondimento rispetto ai sintomi, infatti, mirano sempre a mettere in luce l'angoscia, l'eventuale confusione e il rapporto con la realtà del paziente più che raccogliere informazioni dettagliate sulla descrizione dei sintomi stessi. Attraverso questo tipo di colloquio infatti ciò che si vuole analizzare è la modalità inconscia di gestire i conflitti e il tipo di rappresentazioni di sé e dell'altro interne del soggetto. Questa è anche la principale differenza con il colloquio tradizionale psichiatrico che, al contrario, analizza ed esplora dettagliatamente il contenuto per poter formulare una diagnosi descrittiva.

Sempre durante la prima fase ci si inoltra nella parte cruciale del colloquio stesso: la valutazione dei tratti di personalità finalizzata non solo a determinarne le caratteristiche e discriminarne le tipologie ma per focalizzarne la gravità e il loro grado di compromissione. Dopo aver esplorato i sintomi infatti un'ulteriore quesito potrebbe essere formulato in questo modo:

“Dopo che lei mi ha parlato delle sue difficoltà, vorrei conoscerla meglio come persona. Potrebbe descrivermi sé stesso, la sua personalità, ciò che ritiene sia importante che io sappia, in modo che possa farmi un quadro reale di lei come persona?” (Kernberg, 1984 p.47).

Questa domanda, oltre ad offrire un nuovo stimolo, fornisce la possibilità di orientare l'indagine ad un livello più profondo. Talvolta i soggetti mostrano difficoltà a rispondere in modo chiaro e organizzato dunque si può sollecitare a raccontare delle persone importanti per lui, della sua famiglia, del suo lavoro, vita sessuale e tempo libero. A questo punto il clinico può cominciare a costruire un'idea sul grado di dispersione dell'identità del paziente sulla base della modalità di risposta, di come riesca a trasmettere un'immagine coerente di sé e degli altri. Contemporaneamente incoraggiare a parlare liberamente potrà indurre il paziente, soprattutto se di tratta di una struttura borderline di personalità, a mettere in moto delle operazioni difensive primitive nei confronti dell'intervistatore stesso, che potrà avvertire stress o difficoltà a continuare a procedere nel colloquio. Alla fine potrà essere chiaro che è stata attivata una specifica relazione oggettuale da parte del paziente nello stato attuale del colloquio. Se il clinico riuscirà a spiegare e restituire la sua impressione sul ruolo che sente gli sia stato attribuito dal paziente si avranno elementi utili per indagare l'esame di realtà. Infatti per esame di realtà, Kernberg, intende la capacità empatica del soggetto, la possibilità di assumere un punto di vista differente dal proprio e provare a percepire ciò che accade da un vertice di osservazione fornito dall'altro.

Verificato l'esame di realtà si potrà decidere se continuare a esplorare la dispersione dell'identità. L'esame di realtà, infatti, secondo il modello di Kernberg, ci dà delle informazioni per discriminare la struttura psicotica da quella borderline. Così la diffusione dell'identità permette di distinguere l'organizzazione borderline da quella non borderline.

Dunque nei casi di rilevazione di una struttura psicotica si passerà a raccogliere informazioni sulla natura della psicosi, mentre nel caso non emerga una distorsione dell'esame di realtà si continua con la fase centrale del colloquio strutturale che si concentra sull'analisi dell'identità.

La fase centrale

Durante la fase centrale del colloquio si delinea se il soggetto presenta una struttura borderline piuttosto che nevrotica. Si continua ad approfondire l'esplorazione dell'identità e a valutarne il grado di diffusione. Principalmente si affrontano i temi riguardanti le rappresentazioni interne di sé e dell'oggetto.

Una proposta di Kernberg per avviare questa fase del colloquio è:

Vorrei ora sapere di più su di lei come persona, sul modo in cui percepisce sé stesso e sente che gli altri la percepiscono; su qualsiasi cosa che, a suo parere, potrebbe aiutarmi a farmi un'idea approfondita di lei nel tempo limitato che abbiamo a disposizione. (Kernberg, 1984, p.51).

Queste domande sollecitano ulteriori approfondimenti sugli aspetti caratteriologici e sul tipo di problematiche concernenti la personalità ed allo stesso tempo permettono di approfondire il grado di dispersione dell'identità.

Dalle risposte fornite in questa fase, l'intervistatore valuterà quanto il soggetto riesca a fornire un'immagine di sé centrale, integra e salda o quanto, al contrario, il concetto di sé stesso possa mostrarsi frammentato e contraddittorio.

Così, avute le informazioni necessarie sul tipo di teoria e concetto che il paziente ha costruito di sé, si continua indagando il tipo di rappresentazione che il paziente stesso ha dell'altro o degli altri per lui significativi. Le organizzazioni borderline, a questo punto, mostrano la loro incapacità di integrare le immagini degli altri, ulteriore indicatore di dispersione dell'identità.

Una modalità di inserire il tema delle rappresentazioni degli altri potrebbe essere:

Vorrei chiederle qualcosa sulle persone che contano di più nella sua vita. Potrebbe dirmi qualcosa in modo che, nel tempo limitato di cui disponiamo, io mi possa formare di esse una chiara impressione? (Kernberg, 1984, p.52).

Così si accerteranno le qualità delle rappresentazioni d'oggetto interne del paziente. La qualità delle relazioni e degli scambi interpersonali sono criteri chiave, secondo il modello di Kernberg, per mettere in evidenza quanto il paziente mostri un'organizzazione strutturale compromessa, in che misura presenti delle risorse che gli possano permettere di trarre beneficio da un percorso psicoterapeutico e, dunque, quale potrebbe essere il trattamento più idoneo per lui.

Questa fase del colloquio permette di chiarire la natura delle difese assunte prevalentemente dal soggetto. In particolare è lo stile narrativo che distingue

l'organizzazione nevrotica da quella borderline: il nevrotico riesce a raccontare una storia coerente facendo collegamenti tra passato e presente, tanto che l'intervistatore riesce chiaramente a rappresentarsi le persone e le situazioni che il paziente descrive. Il soggetto borderline, invece, narra in modo che presente e passato spesso risultano confusi tanto che l'intervistatore non riesce a farsi un'idea verosimile dei fatti raccontati dal paziente. Il paziente con tratti narcisistici, specifica Kernberg, è quello più difficile da individuare tra le organizzazioni borderline poiché spesso fornisce un'immagine di sé apparentemente salda e integra, dunque, bisogna soffermarsi in modo più attento sulle rappresentazioni oggettuali e indagare quanto quell'immagine di sé, apparentemente nevrotica, sia frutto di difese come l'onnipotenza e l'idealizzazione di sé.

Seguendo il modello ciclico dunque si ripercorrono e si esplorano tutti i sintomi nevrotici, i tratti patologici del carattere, le operazioni difensive, la dispersione dell'identità e l'esame di realtà che il paziente riporta sia esplicitamente attraverso il contenuto delle sue risposte, sia implicitamente attraverso l'attuarsi e il prendere forma del rapporto con l'intervistatore stesso.

Così si avvia la *fase conclusiva* del colloquio.

Kernberg propone un ultimo intervento per concludere l'intervista: *Che cosa, secondo lei, avrei dovuto chiederle e non le ho chiesto?* (Kernberg, 1984, p. 63,64).

Quest'ultimo stimolo spesso attiva domande e riflessioni da parte del paziente che possono mostrare una certa angoscia derivata dal colloquio stesso e dall'esplorazione e discussione delle sue difese. Così è sempre necessario lasciare del tempo a disposizione affinché si possa rispondere a queste domande e si possano individuare e contenere le angosce che si sono attivate nel paziente.

A questo punto è l'intervistatore che dovrà valutare se dispone degli elementi necessari per formulare una proposta di trattamento o se necessita di ulteriori colloqui o approfondimenti. Secondo Kernberg è necessario, in qualsiasi caso, che il paziente partecipi a questo processo decisionale.

Kernberg ritiene che, per un'adeguata conduzione del colloquio strutturale, sia necessario avere a disposizione almeno un'ora e mezza di tempo. Questo

potrebbe essere organizzato in due momenti di quarantacinque minuti, divisi da una pausa di un quarto d'ora. E' auspicabile che durante questi colloqui l'intervistatore non abbia altri pensieri e particolari preoccupazioni che gli impediscano di stare contemporaneamente concentrato sul contenuto verbale del paziente, sulle sue reazioni controtransferali e su una posizione esterna rispetto alla relazione attivata dal paziente.

2.4 La STIPO

La Structured Interview of Personality Organization (STIPO; Clarkin, Caligor, Stern e Kernberg, 2004) è un'intervista semistrutturata che fornisce una guida e degli indici numerici per ottenere una valutazione dell'organizzazione della personalità secondo il costrutto psicodinamico di Kernberg. Il colloquio clinico che Kernberg ha messo a punto nel 1981 può essere definito il precursore della STIPO: l'intervista clinica strutturale di Kernberg ha il vantaggio di avvalersi dell'intuito clinico dell'intervistatore che permette di aumentare la complessità della comprensione clinica del paziente, ma questo ne minaccia l'attendibilità e il grado di accordo tra diversi clinici. La STIPO è un tentativo di ovviare ai problemi di attendibilità del colloquio di Kernberg poiché prevede una struttura precisa che l'intervistatore deve seguire prima di esprimere una valutazione attendibile sulla struttura psichica e sul cambiamento strutturale del paziente e impone delle misure operazionalizzate a cui fare riferimento.

La STIPO si occupa di indagare delle aree precise individuate dalla concettualizzazione di Kernberg sulla struttura psichica: l'identità, le difese primitive, la qualità delle relazioni oggettuali, la qualità dell'aggressività, la rigidità e la flessibilità delle strategie di *coping*, i valori morali. L'intervista mira ad esplorare sia il mondo interno del soggetto che le caratteristiche esterne e le sue modalità di comportamento, come il lavoro che svolge o i tipi di scambi che si attivano nei suoi rapporti attuali. Il mondo interno dell'individuo, infatti, secondo gli Autori (Clarkin et al., 2004) potrebbe essere frainteso senza avere un'approfondita descrizione dei comportamenti manifesti del soggetto stesso. E' importante specificare, però, che l'intervista non rileva i sintomi dei pazienti ma si

focalizza sulle dimensioni di personalità e proprio per questo, per una adeguata diagnosi, andrebbe affiancato uno strumento specifico per la rilevazione dello stato sintomatologico, come la SCID I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997).

La STIPO si propone come strumento clinicamente utile ed empiricamente valido: permette di ottenere delle misure dei principali criteri psicologici che permettono di individuare e differenziare le organizzazioni borderline di personalità, così da pianificarne il trattamento più idoneo ed efficace. In particolare rileva il tipo di identità e di relazioni oggettuali che sono due costrutti correlati tra loro. Una principale distinzione è che l'identità rimane per lo più stabile nel tempo mentre la qualità delle relazioni oggettuali è un indice più dinamico, proprio per questo, durante un trattamento, la qualità relazionale può mutare mentre è più difficile un cambiamento strutturale dell'identità. L'intervista, offrendo una valutazione specifica di queste caratteristiche, può essere utilizzata come predittore del tipo di transfert e controtransfert che si potrebbe instaurare tra clinico e paziente e rilevarne gli eventuali cambiamenti durante il corso del trattamento stesso (Clarkin et al., 2007).

Un ulteriore uso della STIPO è quello di esaminare la relazione tra l'identità, le difese primitive, la qualità delle relazioni oggettuali e altri costrutti psicodinamici valutati attraverso altri strumenti come lo stile di attaccamento, la funzione riflessiva, i tratti patologici della personalità (ibidem).

Le domande della STIPO sono state formulate considerando i domini interessati e la loro concettualizzazione nel modello di Kernberg (1984). Molte di queste domande sono state scritte ampliando gli item messi a punto per l'Inventory of Personality Organization (IPO; Clarkin, Foelsch & Kernberg, 2001; Lenzenweger et al., 2001), un questionario *self report* per la valutazione dell'organizzazione strutturale della personalità. I due strumenti sono due forme parallele che offrono due metodi alternativi per misurare lo stesso costrutto. La maggior parte delle domande sono state costruite dagli Autori, Clarkin, Caligor e Stern, che, durante i lavori di messa a punto dell'intervista, si sono avvalsi della supervisione di Otto Kernberg. Complessivamente le domande sono di due tipi: in primo luogo si focalizzano sulle caratteristiche evidenti che il modello indica correlate ad una patologia delle relazioni oggettuali (ad esempio la capacità di regolare i conflitti

interpersonali; l'abilità di dirigere le proprie energie verso opere costruttive e produttive come il lavoro o la scuola). La seconda tipologia di domande è sulle esperienze interne, da osservare clinicamente, caratteristiche di un disturbo della personalità (ad esempio il cambiamento drammatizzato nel modo di percepire sé stesso o gli altri o l'assenza di un senso di profondità e di realtà) (Stern et al., 2010).

Inoltre, per aumentare l'attendibilità dello strumento, gli Autori hanno adottato un sistema di scoring e di somministrazione simile a quello usato per l'*International Personality Disorder Examination* (IPDE; Loranger, 1999) e per la *Structured Interview for the DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) Axis II (SCID-II; First et al., 1997).

Per quanto riguarda lo scoring la STIPO prevede, per ciascuna domanda, l'assegnazione di un punteggio su una scala likert a 3 punti da 0 a 2, dove 0 indica l'assenza di patologia rispetto alle caratteristiche valutate attraverso la domanda e 2 riflette la chiara presenza di patologia rispetto alle caratteristiche indagate; il punteggio 1 rappresenta un livello intermedio che si riflette dalla risposta del soggetto. Il manuale prevede delle linee guida per ciascun item della STIPO che servono all'intervistatore per assegnare il punteggio appropriato. Queste linee guida sono delle brevi descrizioni rispetto alle caratteristiche principali dei tre livelli di valutazione (0,1 e 2) della risposta. Sono delle liste di descrizioni che potrebbero, in diverse combinazioni, rappresentare il livello della risposta ma non vanno prese come prototipi da ricercare in modo aderente nelle parole dell'intervistato. Per distinguere o scegliere tra un punteggio 1 e un punteggio 2 vanno osservate principalmente: frequenza, intensità, rigidità e pervasività della caratteristica riportata dal soggetto. Per alcuni item della STIPO è previsto il punteggio 3 che può indicare: che il soggetto non ha risposto alla domanda; che non ha compreso la domanda nonostante gli fosse stata chiarita; oppure che ha risposto alla domanda in modo incoerente, altamente superficiale, internamente inconsistente. Per altri item della STIPO può essere registrato il punteggio 9 che indica che la domanda è stata saltata. Ad esempio la domanda sul lavoro può essere saltata se il soggetto non ha lavorato negli ultimi cinque anni; allo stesso

modo la domanda sull'intimità e sulla qualità dei rapporti intimi non viene fatta se il soggetto non ha relazioni amorose da almeno cinque anni.

Si assegna un punteggio a ciascuna domanda e si calcola la media delle sottoscale di ciascun dominio o area prevista. Al punteggio finale della sottoscala o del dominio si aggiunge un punteggio tra 1 e 5. Questa scala a 5 punti concerne il *range* di salute e patologia complessiva di ciascuna sessione misurata. Per esempio per il dominio Qualità delle Relazioni Oggettuali: si assegna un punteggio da 0 a 2 a ciascuna domanda prevista per quel dominio, si calcola il punteggio medio del gruppo di item valutati e a questo si aggiunge un punteggio da 1 a 5, dove 1 indica una buona capacità di empatizzare con l'altro, di vedere la relazione non solo come un esaudimento dei propri bisogni e di sostenere gli interessi dell'altro nel tempo; al contrario 5 indica che i rapporti spesso sono visti come la soddisfazione dei propri bisogni, manca la capacità di empatizzare con l'altro e con i suoi bisogni, non c'è interesse per l'altro e il proprio diritto è il motivo principale della relazione interpersonale. L'intervistatore è istruito a utilizzare il suo intuito clinico e le sue impressioni, l'osservazione del contenuto non verbale assunto durante l'intervista, dunque i 5 punti sono assegnati sulla base di un preciso giudizio clinico dell'intervistatore a differenza dei punteggi che vengono assegnati alle specifiche risposte.

Da ciò si evince che sono previsti due sistemi paralleli di valutazione : la prima che viene fatta per ciascuna domanda sulla base della risposta specifica, la seconda viene fatta esaminando complessivamente tutte le risposte e integrando una comprensione clinica del soggetto.

Per ottenere l'attendibilità all'uso della STIPO è necessario essere uno psichiatra o uno psicologo ad orientamento psicoanalitico che ha fatto uno specifico *training*. E' necessaria una certa familiarità con il costrutto dell'organizzazione strutturale della personalità di riferimento e una certa esperienza come somministratore di interviste semistrutturate.

L'ultima versione della STIPO (Stern et al, 2010) comprende 100 domande divise in 34 item che esaminano i tre domini principali: Identità (19 item), Difese Primitive (10 item) e l'Esame di Realtà (5 domande); il resto delle domande sono

suddivise nelle aree; Qualità delle Relazioni Interpersonali, Coping e Rigidità, Aggressività e Valori Morali (Vedi Tabella 3)

Tabella 3: domini e sottoscale della STIPO

Domini	Sottoscale			
	IDENTITA'	Capacità di investire	Senso di Sé	Senso degli altri
	RELAZIONI OGGETTUALI	Internal Working Model di relazione	Relazioni interpersonali	Relazioni intime e Sessualità
	DIFESE	Difese Primitive		
	ESAME DI REALTA'	Esame di realtà		
	COPING E RIGIDITA'	Coping/Rigidità		
	AGGRESSIVITA'	Aggressività rivolta a Sé	Aggressività rivolta all'altro	
	VALORI MORALI	Valori Morali		

Il lavoro di standardizzazione della STIPO pubblicato nel 2010 ad opera di Stern, Caligor, Clarkin e altri mette in evidenza le buone caratteristiche di attendibilità e validità dell'intervista, in particolare dei tre domini principali per la valutazione dell'organizzazione borderline di personalità: Identità, Difese ed Esame di Realtà. Gli Autori, infatti, assumono che questi criteri siano predittivi di alti livelli di

affetti negativi e aggressività, alti livelli di stress interpersonale e bassi livelli di affetti positivi. Inoltre, gli Autori, hanno voluto verificare se e quanto l'esame di realtà possa essere intaccato negli stati borderline quando vi sono massicce attivazioni di diffusione dell'identità e di difese primitive, in questi casi perciò si ipotizza una certa associazione dell'esame di realtà a un indebolimento delle funzioni cognitive.

Il lavoro è stato svolto su un campione di 88 soggetti: 30 soggetti ricoverati presso un ospedale psichiatrico universitario di New York, 24 pazienti seguiti privatamente dagli stessi clinici dell'ospedale ed il resto pazienti seguiti in strutture di New York da candidati di un istituto di *training* psicoanalitico. Dal gruppo sono stati esclusi soggetti che presentavano una diagnosi di schizofrenia o altra forma psicotica e disturbi bipolari. L'età media del gruppo è 32 anni (tra i 22 e i 55) : l'80% ha una diagnosi psichiatrica di un disturbo della sfera affettiva, il 24% ha un disturbo della personalità.

Per testare la validità della STIPO sono stati affiancati degli strumenti *self report*: l'IPO che valuta l'organizzazione strutturale della personalità (Lenzenweger, et al., 2001); la SNAP (Clark, 1993) che valuta i tratti associati ai disturbi della personalità; il *Buss-Durkee Inventory* (Buss & Durke, 1957) e l'*Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorders* (IIP-PD; Pilkonis, Kim, Proietti, & Barkham, 1996; Stern, Kim, Trull, Scarpa & Pilkonis, 2000) che forniscono delle misure multidimensionali dell'aggressività.

Dalle analisi risulta una buona attendibilità della STIPO: l'Alpha di Cronbach dei tre domini è abbastanza alta per quanto riguarda l'Identità (.86) e le Difese (.85), mentre per l'Esame di Realtà (.69) è appena sotto il .70 . Si è evinta una certa intercorrelazione tra gli stessi tre domini, risultato che indica che non possono essere considerati indipendenti. Per quanto riguarda l'accordo tra i giudici indipendenti sono stati rilevati indici significativi di correlazione: Identità ($r=.96$), Difese ($r=.97$) ed Esame di Realtà ($r=.72$).

Per quanto riguarda la validità sono emersi dei risultati complessivamente significativi: le tre scale dell'IPO (Identità, Difese ed Esame di Realtà) correlano in modo positivo e significativo con i tre domini della STIPO ($p<.001$); gli indici

psicopatologici della STIPO sono positivamente associati agli affetti negativi e negativamente agli affetti positivi; le difese primitive della STIPO, in particolare, sembrano essere i maggiori predittori dell'aggressività misurata con gli altri strumenti *self report* previsti e l'esame di realtà predice il test di realtà misurato con l'IPO ($p<.001$) e le Percezioni Eccentriche ($p<.01$) valutate con la SNAP; inoltre i tre domini della STIPO sono buoni predittori anche dei tratti principali dei disturbi di personalità, in particolare spiegano nel 29% i tratti propri del Cluster A ($p<.001$), nel 23% i tratti del Cluster B ($p<.001$) e nel 17 % il Cluster C ($p<.001$); in particolare l'Identità e l'Esame di realtà sono predittori del Cluster A, le Difese Primitive del Cluster B e l'Esame di Realtà del Cluster C.

Oltre al lavoro di standardizzazione che ha messo in evidenza una certa solidità statistica dell'intervista confermando le ipotesi iniziali degli stessi Autori; un lavoro pubblicato nel 2009 ad opera di Hartz ed altri ha messo in evidenza quanto la STIPO sia precisa e attendibile nel tracciare un profilo proto tipico dell'Organizzazione Borderline di Personalità.

Oltre alla versione originale per adulti il gruppo di ricerca coordinato da Clarkin sta standardizzando la STIPO-A che è una versione dell'intervista per adolescenti. Anche in Italia la STIPO per adolescenti è stata tradotta e sono in corso i lavori di standardizzazione (IPOP-A; Ammanniti, Fontana, Clarkin, Clarkin, Kernberg, 2011).

2.5 L' IPO

L'*Inventory of Personality Organization* (IPO; Kernberg & Clarkin, 1995) è uno strumento che, così come il colloquio clinico diagnostico e la STIPO, offre una misura dell'organizzazione strutturale della personalità e, in particolare, si propone di discriminare le organizzazioni borderline di personalità, secondo il costrutto di Otto Kernberg (1975; 1984). La sua peculiarità, rispetto agli altri strumenti citati, è quella di essere un questionario *self report*: questo formato di misura ha il vantaggio di permettere la raccolta dei dati su campioni notevolmente numerosi e questo ha un ruolo primario negli studi di ricerca sulla

validazione di teorie cliniche; inoltre spesso è adottato, in quanto aggiunge attendibilità all'*assessment*, come integrazione ad un'intervista diagnostica.

Nel 1985 Oldham e collaboratori hanno costruito e individuato gruppi di item per ottenere una misura dell'organizzazione della personalità: erano stati divisi in sottoscale che rappresentavano gli aspetti centrali della struttura di personalità, diffusione dell'identità, difese primitive e compromissione dell'esame di realtà. Le analisi psicometriche su queste scale mostrarono che erano in grado di distinguere un gruppo di soggetti non clinici da un gruppo di pazienti psichiatrici, inoltre potevano discriminare le organizzazioni borderline da quelle nevrotiche e psicotiche (Oldham et al., 1985). La validità di questi dati ha portato a rifinire gli item e ad aggiungere delle scale per la valutazione di ulteriori aspetti relativi alla personalità: l'aggressività, i valori morali e distinti stili di personalità come l'ossessivo, lo schizoide, il narcisistico.

Partendo da questi primi studi, Kernberg e Clarkin, nel 1995 hanno messo a punto l'IPO nella sua versione completa composta da 155 item divisi in due domini principali: il primo riguarda i tre criteri clinici fondamentali per la valutazione dell'organizzazione strutturale della personalità (diffusione dell'identità, difese primitive ed esame di realtà); il secondo dominio concerne le relazioni interpersonali (aggressività e valori morali) che aggiungono maggiore specificità e complessità alla diagnosi di personalità.

La forma breve dello strumento, composta dai 57 item raccolti nel primo dominio, è quella che è stata standardizzata (Lenzenweger et al., 2001; Ellison & Levy, 2011) negli Stati Uniti e che è stata maggiormente utilizzata in diversi studi di ricerca.

Lenzenweger e collaboratori (2001) hanno pubblicato i primi due studi sulle proprietà psicometriche dell'IPO. In particolare il primo lavoro riguarda la consistenza interna, la struttura fattoriale e il tipo di relazioni dell'IPO con gli affetti e l'aggressività; mentre il secondo studio approfondisce l'analisi della validità convergente e discriminante, attraverso le correlazioni con altre variabili di personalità, con una particolare attenzione alla scala dell'Esame di Realtà ed inoltre riporta i risultati sulla stabilità dello strumento alla procedura del *test-retest*.

Il primo lavoro di Lenzenweger e collaboratori (2001) è stato condotto su un gruppo di 249 studenti della Cornell University, 163 donne e 86 uomini con un'età media di 19,67 anni (DS = 1,40); gli strumenti utilizzati oltre l'IPO sono il *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson, et al., 1988; Watson & Tellegen, 1985), per la rilevazione degli affetti; il *Buss-Durkee Inventory for assessing hostility* (Buss & Durkee, 1957) per la misura della mancanza di controllo dell'aggressività. Dall'analisi dell'Alpha di Cronbach risulta una buona consistenza interna per le tre scale dell'IPO, Diffusione dell'Identità, Difese Primitive ed Esame di Realtà, inoltre, dall'analisi del *t test*, non sono state rilevate differenze statistiche dovute alla variabile sesso (Vedi Tabella 1).

Tabella 1. Proprietà psicometriche delle tre scale dell'IPO.

Gruppo	N	M	DS	Alpha
Difese Primitive				
Uomini	86	36.53	7.73	.79
Donne	163	36.10	8.02	.82
Totale	249	36.25	7.91	.81
Diffusione dell'Identità				
Uomini	86	51.58	11.73	.88
Donne	163	51.73	11.18	.87
Totale	249	51.68	11.35	.88
Esame di realtà				
Uomini	86	39.41	10.58	.88
Donne	163	37.96	9.30	.88
Totale	249	38.46	9.76	.88

Per quanto riguarda l'analisi fattoriale, gli Autori (ibidem) hanno condotto un'analisi confermativa (CFA) assumendo quattro diversi modelli: a) un modello nullo che indica l'assenza di una struttura fattoriale latente; b) un modello ad un fattore singolo indice psicopatologico generico; c) un modello a due fattori che distingue l'esame di realtà dalle difese e l'identità messi insieme; d) un modello a tre fattori che separa i tre criteri clinici del costrutto di Kernberg (difese, identità e realtà). Da questa analisi è dimostrato che il modello a tre fattori è adeguato tanto quanto quello a due fattori però la struttura fattoriale a tre fattori mostra di avere delle correlazioni più elevate tra i fattori (identità-realtà=.67; difese-realtà=.71; difese-identità=.97) rispetto alla struttura a due fattori (.69). Così Lenzenweger e collaboratori concludono che il modello a due fattori sia quello più

accettabile e che le due scale, Difese Primitive e Diffusione dell'Identità, possano considerarsi come un'unica variabile di gravità strutturale, mentre il test di realtà discriminerebbe le organizzazioni psicotiche da quelle nevrotiche e borderline.

Da questo primo studio, inoltre, sono emersi dei buoni risultati per quanto riguarda la validità delle tre scale cliniche dell'IPO: l'analisi della *r* di Pearson con significatività $<.01$ mostra che gli affetti positivi hanno una correlazione negativa con le difese ($r=-.21$), l'identità ($r=-.28$) e la realtà ($r=-.20$); gli affetti negativi correlano in modo positivo con le difese ($r=.53$), con l'identità ($r=.56$) e con la realtà ($r=.47$); così come l'irritabilità (difese= $r=.53$; identità= $r=.57$; realtà= $r=.39$) e la violenza (difese= $r=.32$; identità= $r=.26$; realtà= $r=.25$) che si associano sempre in modo positivo alle tre scale dell'IPO.

Il secondo studio di Lenzenweger e collaboratori (2001) si è avvalso di un gruppo di soggetti più piccolo rispetto al precedente: 55 studenti universitari della Cornell University, 6 uomini, 48 donne e 1 persona di cui non è stato identificato il sesso, di un'età media pari a 19,80 anni ($DS= 1,28$). Gli strumenti utilizzati sono l'IPO, il PANAS e la scala Buss-Durkee come per il lavoro precedente; inoltre sono state inclusi degli strumenti per ottenere maggiori informazioni sulla validità esterna dell'IPO. Come misura per la schizotipia sono stati adottati il *Perceptual Aberration Scale* (PAS; Chapman, Chapman, & Raulin, 1978), il *Magical Ideation Scale* (MIS; Eckblad & Chapman, 1983), e il *Referential Thinking Scale* (REF; Lenzenweger, Bennett, & Lilenfeld, 1997); due misure per valutare la concezione associata a sé, il *Self-Monitoring Scale* (Snyder, 1974; Gangestad & Snyder, 1985) e il *Self-Consciousness Scale* (Fenigstein, Sheier, & Buss, 1975); una misura della desiderabilità sociale, il *Social Desirability Scale* (SDS; Crowne & Marlowe, 1964); due misure dello stato psicologico, il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) e lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI Form Y; Spielberger, 1983).

Gli Autori sottolineano tra i risultati la relazione significativa ($p=.05$) tra la scala dell'IPO dell'Esame di Realtà e le quattro misure della schizotimia: aberrazione percettiva ($r=.42$); ideazione magica ($r=.55$); pensiero referenziale ($r=.38$); scala di Rosen sulla schizofrenia paranoide ($r=.56$). Questo dato, nonostante sia tratto dall'analisi di un campione non clinico indica che la scala dell'Esame di Realtà ha un costrutto connesso in modo significativo a quello della schizotimia.

Inoltre sono stati replicati i risultati ottenuti nello studio precedente rispetto al rapporto significativo tra le scale dell'IPO, gli affetti e la mancanza di controllo dell'aggressività.

Rispetto alla relazione tra l'IPO e le scale che valutano la concezione normativa di sé sono emerse deboli correlazioni che, secondo gli Autori, possono essere dovute al fatto che l'IPO si riferisce ad un costrutto che descrive un'immagine e una rappresentazione del sé patologica, mentre le misure utilizzate si riferiscono ad un concetto del sé sano. Anche la variabile della desiderabilità sociale non sembra essere associata ai fattori dell'IPO.

Per quanto concerne le variabili di ansia e depressione, invece, sono state rilevate delle relazioni significative con le scale dell'IPO ($p=.05$), in linea con il modello di Kernberg secondo cui l'organizzazione borderline di personalità presenta spesso stati di ansia e depressione: le difese correlano con il Beck Depression Inventory ($r=.50$), l'ansia di stato ($r=.35$) e l'ansia di tratto ($r=.42$); la diffusione dell'identità è associata al Beck Depression Inventory ($r=.53$), all'ansia di stato ($r=.31$) e all'ansia di tratto ($r=.48$); il test di realtà correla con il Beck Depression Inventory ($r=.43$), con l'ansia di stato ($r=.40$) e con l'ansia di tratto ($r=.52$).

Il *test-retest*, condotto dopo un intervallo di quattro settimane, ha prodotto i seguenti risultati: Esame di Realtà ($r = .73$), Diffusione dell'Identità ($r = .78$), e Difese Primitive ($r = .72$) che mostrano una buona stabilità dello strumento.

Principalmente questo secondo lavoro si proponeva di replicare i risultati ottenuti nel primo studio; analizzare e approfondire la validità convergente e discriminante dell'IPO con particolare attenzione al fattore dell'Esame di Realtà e ottenere dei dati sulla stabilità del test.

Dopo dieci anni dalla pubblicazione dei lavori di Lenzenweger e collaboratori (2001) è stato pubblicato un ulteriore studio americano sulle qualità psicometriche dell'IPO, cercando di ovviare ai limiti della standardizzazione precedente (Ellison & Levy, 2011).

Ellison e Levy (2011), infatti, hanno rilevato che, per mostrare le qualità psicometriche della forma breve dell'IPO, possono essere migliorati alcuni aspetti della ricerca:

1. ampliare il campione di 249 soggetti per condurre un'ulteriore analisi fattoriale e determinare il miglior modello strutturale del questionario;

2. verificare e approfondire il dato emerso dal lavoro precedente che vedeva il modello a due fattori come quello più accettabile;
3. adottare delle misure specifiche per testare la validità esterna anche delle scale Diffusione dell'Identità e Difese Immature;
4. condurre, prima dell'analisi fattoriale confermativa, anche un'analisi fattoriale esplorativa.

Sulla base di questi presupposti, la ricerca condotta da Ellison e Levy ha come obiettivi quello di esaminare la struttura fattoriale della forma breve dell'IPO su un campione di giovani adulti tratto dalla popolazione non clinica; analizzare la relazione dell'IPO con altri aspetti dell'organizzazione borderline della personalità quali la coerenza del concetto di sé e le difese; adottare un Modello di Equazione Strutturale (ESEM) per evidenziare le proprietà psicometriche dell'IPO con maggiore accuratezza rispetto ad un'analisi fattoriale confermativa.

Il numero dei soggetti di questo studio è di 1260 studenti della Penn State University, con un'età media di 18,9 anni ($DS = 1,3$) compresi tra i 18 e i 31, di cui il 70% donne e il 30 % uomini.

Oltre all'IPO nella sua forma breve sono stati utilizzate altre misure: per la valutazione del concetto di sé il *Self-Concept Clarity Scale* (SCCS; Campbell et al., 1996), lo *Stability of Self Scale* (SSS; Rosenberg, 1965), il *Life Problems Inventory* (LPI; Rathus & Miller, 1995); come misure delle difese il *Defense Style Questionnaire-40* (Andrews, Singh, & Bond, 1993) e lo *Splitting Scale* (Gerson, 1984); per il costrutto della regolazione degli affetti e delle emozioni sono stati inclusi l' *Affect Lability Scales* (ALS; Harvey, Greenberg, & Serper, 1989), l' *Affect Intensity Measure* (AIM; Larsen, Diener, & Emmons, 1986), il *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004), l' *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003), il *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995); inoltre per avere una misura sul comportamento incosciente e dannoso per sé è stato adottato il *Deliberate Self-Harm Inventory* (Gratz, 2001).

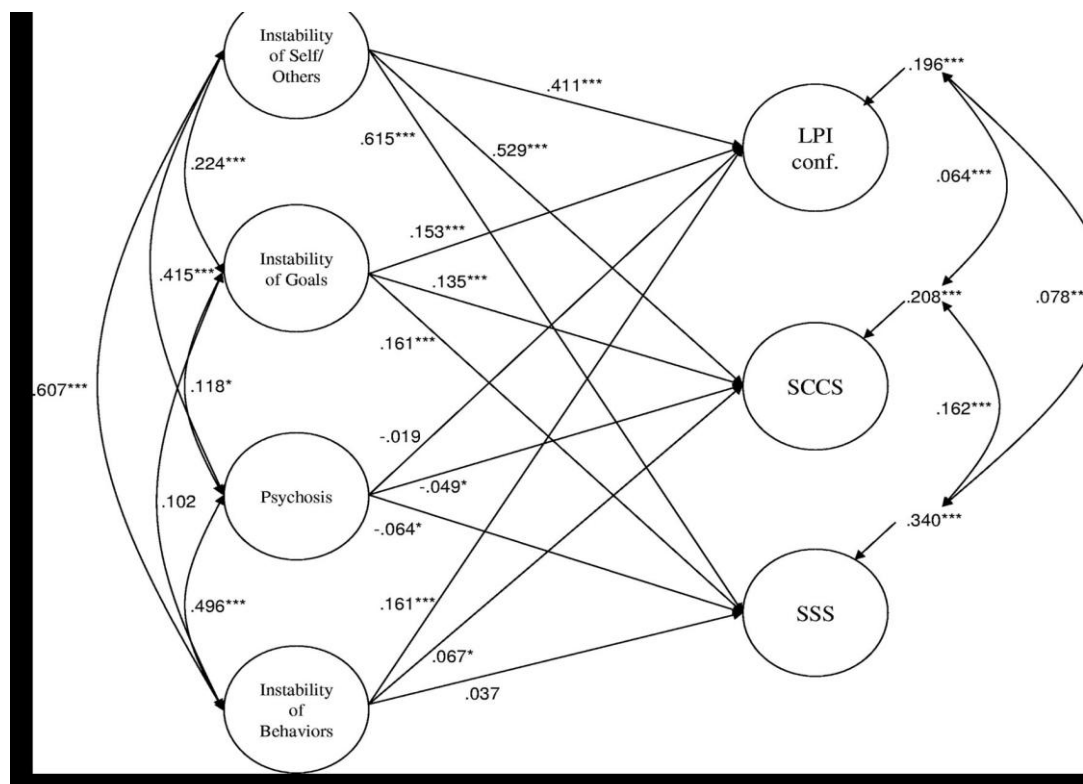
Oltre la procedura ESEM, in questo lavoro è stata condotta un'analisi delle regressioni multiple per valutare le relazioni tra le sottoscale dell'IPO e le altre variabili individuate.

Dall'analisi fattoriale esplorativa di Ellison e Levy è stato estratto un modello a quattro fattori, poiché si mostrava come il più parsimonioso: *chi square* (380)= 1842, $p < .001$; *comparative fit index* (CFI) = .875; *Tucker-Lewis index* (TLI) = .980; *root-mean-square error approximation* (RMSEA) = .054; *standardized root-mean-square residual* (SRMR) = .036.

Sulla base del modo in cui gli item si sono raggruppati, il primo fattore riguarda l'Instabilità del sé e delle relazioni interpersonali; il secondo fattore riguarda l'Instabilità degli obiettivi; il terzo fattore descrive chiaramente Esperienze psicotiche e il quarto fattore riguarda i Comportamenti impulsivi e instabili.

Sul modello rilevato dall'analisi fattoriale esplorativa è stata condotta un'analisi confermativa e l'equazione strutturale utilizzando anche le variabili misurate con gli altri strumenti connesse alla concezione di sé. Queste analisi hanno evidenziato che solo i primi due fattori mostrano una relazione significativa con le misure esterne sulla coerenza del sé (Vedi Grafico 1).

Grafico 1 = modello di equazione strutturale che mostra la relazione tra l'analisi fattoriale confermativa e le variabili misurate con il *Life Problems Inventory Confusion about Self subscale* (LPI conf.), il *Self-Concept Clarity Scale* (SCCS) e lo *Stability of Self Scale* (SSS) (* $p < .05^{**}$; $p < .01^{***}$; $p < .001$). [Da Ellison & Levy, 2011 p. 10].



L'analisi della regressione multipla tra la struttura a quattro fattori dell'IPO e le misure del funzionamento difensivo, l'affetto e il comportamento a rischio e autolesionistico ha evidenziato:

- una forte relazione tra l'Instabilità del sé e degli altri e le difese immature ($\beta=.295$; $p<.001$), l'intensità degli affetti ($\beta=.542$; $p<.001$), la labilità affettiva ($\beta=.594$; $p<.001$) e la difficoltà nella regolazione emotiva ($\beta=.665$; $p<.001$);
- una correlazione significativa tra l'Instabilità del comportamento e il comportamento a rischio ($\beta=.379$; $p<.001$) e autolesionistico ($\beta=.1696$; $p<.001$);
- una certa relazione anche tra l'Instabilità degli obiettivi e la repressione ($\beta=.093$; $p<.01$) e la chiarezza emotiva ($\beta=-.107$; $p<.01$);
- una significativa relazione anche tra il fattore delle Psicosi e le difese immature ($\beta=.182$; $p<.01$) e il comportamento a rischio ($\beta=.099$; $p<.05$).

Da questo lavoro emerge che l'IPO può cogliere anche delle sfumature particolari rispetto all'organizzazione della personalità come l'instabilità delle rappresentazioni di sé, dell'altro e dei suoi obiettivi, tutti indici della diffusione dell'identità che però appaiono come fattori indipendenti; allo stesso modo il fattore dell'instabilità del comportamento, che presenta delle caratteristiche comuni a tutte tre i fattori dell'IPO, Diffusione dell'Identità, Difese Immature ed Esame di Realtà, è comunque un indicatore autonomo importante dell'organizzazione borderline; inoltre il fattore che riguarda i comportamenti psicotici, nonostante somigli all'originario fattore dell'Esame di Realtà dell'IPO, sembra che riesca a isolare aspetti più specifici, come le allucinazioni e i deliri, della patologia grave della personalità.

Nonostante i risultati del lavoro di Ellison e Levy (2011) mettano in evidenza le buone qualità psicometriche dell'IPO adottando una metodologia più rigorosa rispetto al lavoro di Lenzenweger e collaboratori (2001), comunque mostra dei limiti: la ricerca è stata svolta solo su un campione non clinico e per testare la validità dell'IPO sono state usate solo misure *self report*.

Oltre ai lavori di standardizzazione, l'IPO è stato già adottato in diversi studi di ricerca condotti per approfondire le caratteristiche delle organizzazioni borderline di personalità (Hoermann, Clarkin, Hull e Levy, 2005; Vermote et al., 2009; Walter et al., 2009; Kraus, Dammann, Rothgordt & Berner, 2004); l'IPO è anche stato utilizzato in studi sugli stati dissociativi della coscienza dei pazienti gravi (Spitzer et al., 2006; Pincus et al., 2009) e inoltre per approfondire il cambiamento strutturale in lavori sugli esiti delle psicoterapie (Arntz & Bernstein, 2006; Giesen-Bloo et al., 2006).

Oltre alla versione originale in lingua inglese dell'IPO, esistono le versioni dello strumento in lingua giapponese (Igarashi et al., 2009), in lingua francese (Normandine et al., 2002) e in lingua tedesca (Berghuis; Kamphuis, Boedijn and Verheul, 2009; Smits, Vermote, Claes e Vertommen, 2009).

PARTE SECONDA

VERSO LA STANDARDIZZAZIONE ITALIANA DELL' INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION

Il lavoro di ricerca empirica presentato in questa tesi di dottorato, sulla base della premesse teoriche e cliniche sviluppate nei capitoli precedenti, consiste in due contributi rivolti all' adattamento italiano dell'IPO.

Il primo studio qui presentato esplora le caratteristiche psicometriche dell'IPO rispetto ai risultati ottenuti su un campione italiano di 554 partecipanti ed è impostato come uno studio di Fase I (Lauriola e Leone 2007). E' necessario valutare quanto l'IPO possa essere uno strumento utile anche con soggetti di una cultura differente da quella in cui è nato: è stata quindi effettuata un'analisi fattoriale esplorativa che permette di confrontare la struttura fattoriale originaria con quella emersa su risultati italiani. Inoltre lo studio utilizza il confronto fra il campione non clinico e un gruppo di partecipanti tratti dalla popolazione clinica italiana per evidenziare la capacità discriminante e diagnostica del test stesso. L'IPO, infatti, permette di valutare i tre criteri strutturali Diffusione dell'Identità, Immaturità dei Meccanismi di Difesa ed Esame di Realtà, quali indicatori della presenza di un' organizzazione di personalità più o meno patologica. Questo lavoro, perciò, ha il fine di valutare la capacità del questionario di essere impiegato come strumento diagnostico e di discriminare soggetti patologici da soggetti non patologici, usando come criterio standard la valutazione clinica nei servizi psichiatrici pubblici italiani.

Il secondo studio applica l'IPO in un'indagine multistrumentale della psicopatologia. Si inserisce in una ricerca più ampia avviata e condotta dalla collaborazione dell'Università e della Asl Roma A di Roma. Il lavoro di collaborazione tra il CSM e l'università ha come obiettivo quello di monitorare i trattamenti erogati attraverso delle frequenti rilevazioni di dati operazionalizzati in un ottica di integrazione tra pratica clinica e ricerca empirica.

Così è stato possibile confrontare i risultati del questionario di Kernberg e collaboratori di un piccolo gruppo clinico italiano con quelli di diversi strumenti per la valutazione diagnostica analizzandone le principali relazioni fra i diversi costrutti misurati. I risultati di questo secondo studio, come vedremo, contribuiscono a sostenere la validità dello strumento in fase diagnostica.

CAPITOLO 3

UNO STUDIO SULLE CARATTERISTICHE PSICOMETRICHE DELL'IPO

3.1 Obiettivi

Principale obiettivo è verificare validità e attendibilità dell'IPO.

Per testare la validità dello strumento ci proponiamo di condurre un'analisi fattoriale esplorativa e, sulla base dei risultati, effettuare un confronto con quella originaria. La validità di costrutto sarà esplorata attraverso l'analisi delle correlazioni con variabili di personalità rilevate per mezzo di strumenti già standardizzati in Italia. Inoltre sarà necessario, come ulteriore prova a sostegno della validità dello strumento, condurre un'analisi discriminante che rilevi se le scale dell'IPO permettono di distinguere in modo significativo un gruppo di soggetti tratti dalla popolazione clinica da un gruppo di soggetti che non hanno mai richiesto ed avuto una diagnosi psicopatologica.

Per testare l'attendibilità dello strumento ci si propone di condurre uno studio di Fase 1 dove si metteranno in relazione la classificazione basata sull'IPO e il criterio diagnostico della valutazione clinica per mezzo dell'ICD IX. A questo fine verranno condotte delle analisi sulle caratteristiche operative dello strumento (accuratezza, sensibilità e specificità) al fine anche di rilevare dei punteggi *cut-off* che permettano di individuare se un soggetto appartenga all'area clinica o si collochi nella fascia di punteggi non clinici.

La stabilità dell'IPO e la sua coerenza interna saranno valutate attraverso la procedura del test-retest e il calcolo dell'Alpha di Cronbach.

Sarà infine effettuato un confronto dei risultati del questionario con alcune variabili socio demografiche allo scopo di testare l'attendibilità dello strumento rispetto a campioni differenziati.

3.2 Ipotesi Operative

Al fine di raggiungere gli obiettivi proposti sono state formulate le seguenti ipotesi operative:

1. Dall'analisi fattoriale esplorativa condotta sui risultati all'IPO dei soggetti italiani tratti dalla popolazione non clinica si ipotizza di rilevare una struttura a tre o a due fattori, che comunque distingua gli item relativi all'Esame di Realtà dal resto degli item in linea con i risultati del lavoro di standardizzazione statunitense (Lenzenveger et al., 2001).
2. Dall'analisi delle correlazioni tra le scale dell'IPO e le scale degli strumenti *Big Five Questionnaire* (BFQ; Caprara et al, 1993) e *Psychological Well-Being Scale* (PWB; Ryff, 1995; versione italiana Ruini et al, 2003) ipotizziamo la presenza di correlazioni negative. I fenotipi clinici descritti da Kernberg dovrebbero infatti presentare bassi valori di Coscienziosità, Amicalità e Stabilità Emotiva, nonché risultare inversamente proporzionali al livello di Benessere Psicologico.
3. Si ipotizza una capacità discriminante significativa delle scale dell'IPO dal confronto tra un gruppo clinico e un gruppo non clinico e tra un gruppo di soggetti clinici psicotici e uno di soggetti clinici non psicotici. Nel secondo caso ci aspettiamo che sia il fattore dell'Esame di Realtà a discriminare meglio i due gruppi.
4. Dall'analisi delle caratteristiche operative dell'IPO ci aspettiamo che tutte le scale dello strumento abbiano un'area significativa al test delle Curve di Roc indice di buona accuratezza della scala stessa: l'area della curva ci permetterà di evidenziare se l'IPO riesce a distinguere in modo accurato i punteggi dei soggetti che hanno chiesto aiuto e avuto una diagnosi psicopatologica in ICD IX da coloro che non si sono mai rivolti a un servizio di salute mentale.
5. Si ipotizza che l'analisi del test-retest mostrerà un'assenza di differenze tra i due tempi di somministrazione, indice di adeguata stabilità.
6. Ci aspettiamo che l'Alpha di Cronbach dia punteggi statisticamente significativi a tutte le scale dell'IPO, indice di un'adeguata stabilità interna dello strumento.

7. Inoltre dal confronto dei partecipanti divisi sulla base di variabili socio demografiche (sesso, età, provenienza geografica, istruzione) si ipotizza che non ci siano differenze statisticamente significative a nessuna scala dell'IPO.

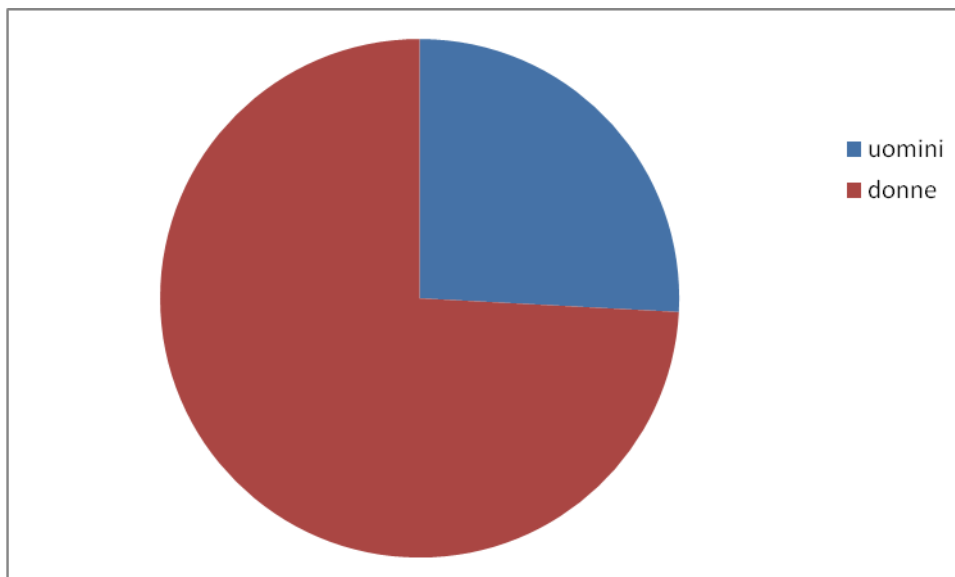
3.3 Metodologia

3.3.1 Campione

Il campione, tratto interamente dalla popolazione italiana, comprende due gruppi di soggetti: un gruppo definito non clinico, sono tutti soggetti che non hanno mai avuto e richiesto una diagnosi psicologico o psichiatrica, e un gruppo definito clinico che, invece, è composto da pazienti di servizi psicologico psichiatrici pubblici romani che hanno avuto una diagnosi clinica come da *routine* presso il servizio per mezzo del manuale ICD IX .

Il gruppo non clinico è composto da 476 soggetti che hanno dichiarato di non aver mai sofferto di disturbi psichici, di cui 123 (26%) sono uomini e 353 (74%) sono donne. (Vedi Grafico 1).

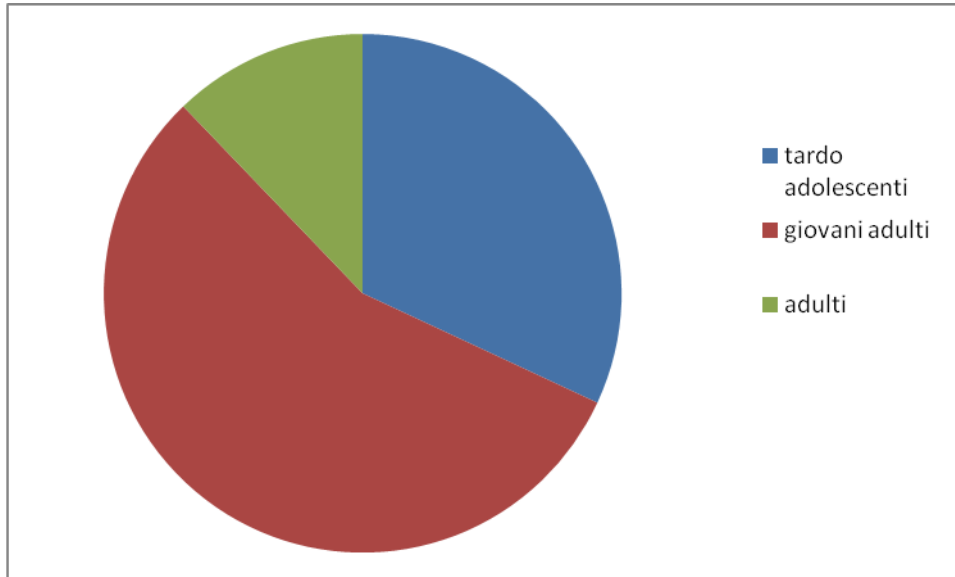
Grafico 1: Campione non clinico: sesso



I soggetti hanno un'età media di 27 anni (ds: 9) compresa tra 18 e 66 anni di età: che abbiamo raggruppato in 152 tardo adolescenti (età compresa tra i 19 e i 22),

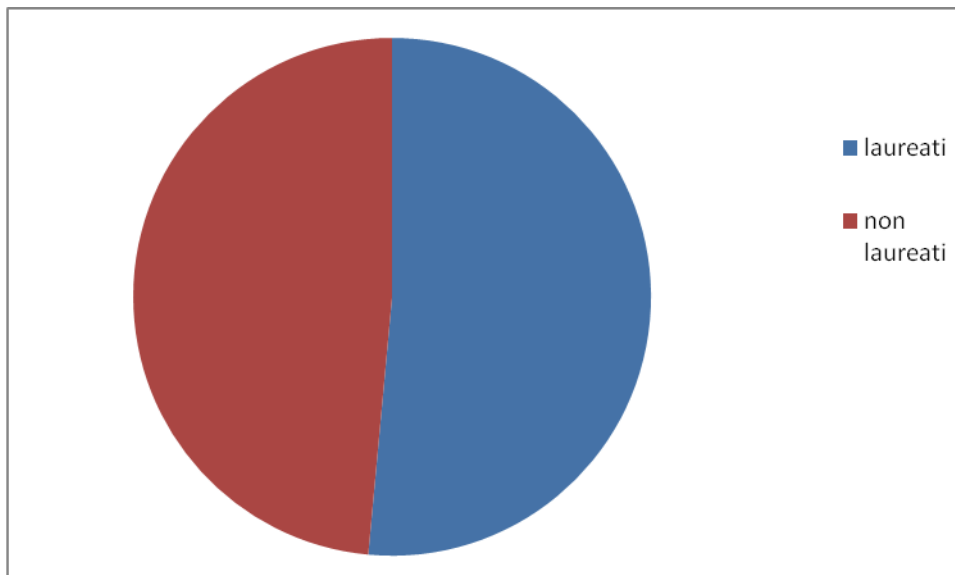
266 giovani adulti (tra i 23 e i 35 anni) e 58 adulti (dai 35 ai 66 anni). (Vedi Grafico 2).

Grafico 2: Campione non clinico: età



Questo gruppo comprende 245 (51,5%) soggetti laureati e 231 (48,5%) soggetti non laureati. (Vedi Grafico 3).

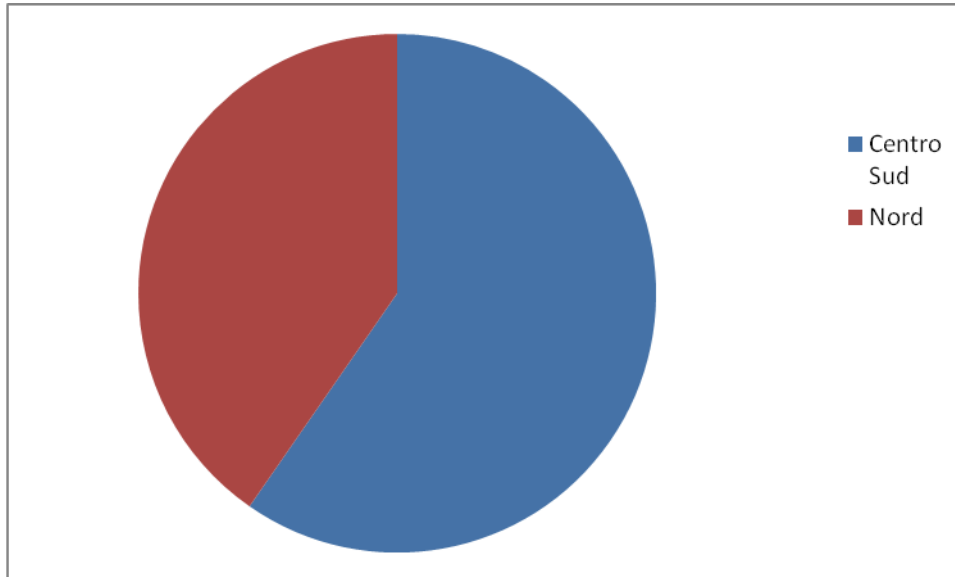
Grafico 3: Campione non clinico: livello di istruzione



Inoltre i soggetti sono divisi per provenienza geografica in Centro-Sud Italia (Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia), 284 (60%) soggetti,

e Nord Italia (Umbria, Marche, Emilia Romagna, Lombardia), 192 (40%) soggetti. (Vedi Grafico 4).

Grafico 4: Campione non clinico: provenienza geografica



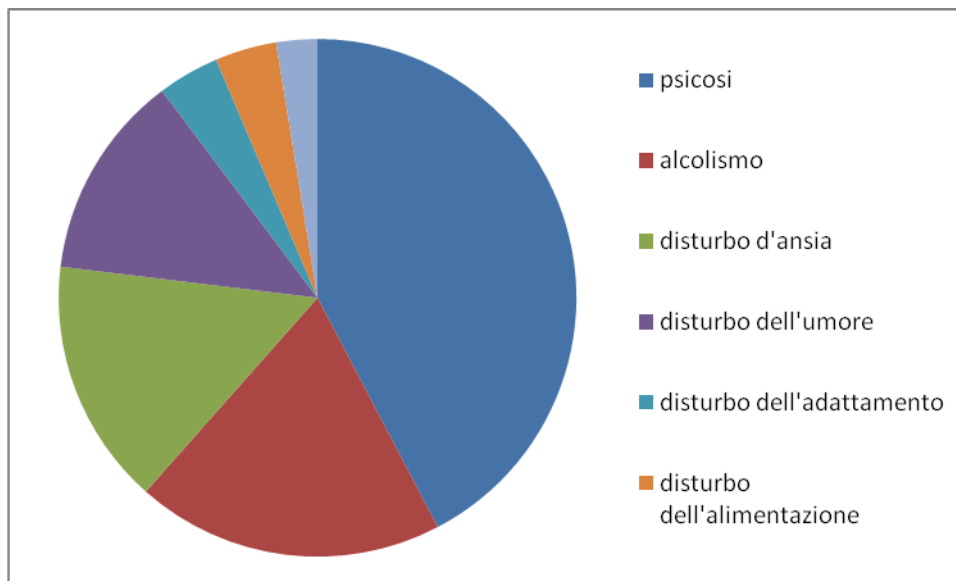
Il gruppo clinico, invece, è composto da 78 pazienti seguiti da servizi pubblici romani: hanno tutti avuto una diagnosi psicopatologica in base all'ICD IX.

Un gruppo di pazienti ha una diagnosi di schizofrenia o altra forma psicotica e comprende 15 utenti di un Centro Diurno (CD), 9 residenti in una Comunità Terapeutica (CT) e 9 sono pazienti psichiatrici afferenti ad un progetto di reinserimento lavorativo. Sono tutti pazienti in cura mediamente da cinque anni presso strutture psichiatriche.

Altri 15 pazienti hanno una diagnosi di alcolismo e sono afferenti ad un servizio di alcologia (AL): di questi 7 non presentano comorbidità con altro disturbo, 3 hanno in comorbidità un disturbo dell'umore e 5 sono poliassuntori.

30 sono pazienti seguiti in psicoterapia presso uno dei Centri di Salute Mentale (CSM) della Asl Roma A e presentano le seguenti diagnosi: 12 Disturbo d'ansia, 10 Disturbo dell'umore, 3 Disturbo dell'adattamento, 3 Disturbo dell'alimentazione, 2 Disturbo ossessivo compulsivo. (Vedi Grafico 1).

Grafico 5: Campione clinico: diagnosi cliniche



3.3.2 Strumenti

3.3.2.1 Inventory of Personality Organization

L'Inventory of Personality Organization (IPO; Foelsch et al., 2000; Kernberg & Clarkin, 1995) è un questionario *self report* che mira a dare delle misure dei principali criteri strutturali considerati rilevanti nel modello di Kernberg (1975) per effettuare una diagnosi di organizzazione della personalità, in particolare per individuare e distinguere le strutture nevrotiche da quelle borderline e psicotiche. Il questionario, nella sua forma completa, comprende 155 item suddivisi in due classi di domande: le scale che riguardano i principali criteri clinici (Diffusione dell'Identità, Difese Immature ed Esame di Realtà) e le scale che riguardano le relazioni interpersonali (Aggressività e Valori Morali).

Il lavoro sull'adattamento italiano ha interessato solo il gruppo delle tre scale cliniche su cui sono stati fatti i lavori di standardizzazione americana e i risultati hanno mostrato le buone caratteristiche psicometriche dello strumento (Lenzenweger et al., 2001, Ellison & Levy, 2011). La forma breve utilizzata nel nostro lavoro si compone di 57 item suddivisi nei tre fattori: Diffusione dell'Identità, che conta 21 item, Difese Primitive che conta 16 item ed Esame di Realtà che conta 20 item. Le risposte agli item vengono attribuite attraverso una

scala likert a 5 punti (1= non è mai vero, 2= è raramente vero, 3= alcune volte è vero, 4= è spesso vero e 5= è sempre vero). Il testo dell'IPO è stato tradotto in italiano ed è stato somministrato come prova a venti soggetti (dieci tratti dalla popolazione clinica e dieci tratti dalla popolazione non clinica) a cui è stato chiesto di segnalare le domande di difficile comprensione. Così è stata stilata la versione definitiva che, dopo una procedura di *back version* a cura di una psicologa bilingue che non conosceva il trascritto originale, è stata sottoposta agli autori che l' hanno approvata. L'ordine degli item è stato randomizzato. (Vedi APPENDICE).

3.3.2.2 Big Five Questionnaire

Il Big Five Questionnaire (BFQ) è stato messo a punto nel 1993 da Caprara, Barbaranelli e Borgogni. Lo strumento offre una misura delle dimensioni di personalità secondo il modello dei cinque grandi fattori. Questo modello si propone come una sintesi dei lavori sulla personalità di matrice lessicografica (Cattell, 1943; Goldberg, 1993) e fattorialista (Boyle, 1989; Mc Crae, Costa, 1989a) e vuole essere un punto di congiunzione tra questi due filoni di ricerca. Il BFQ è una proposta italiana che ha riscosso apprezzamenti a livello nazionale ed internazionale ed è stato ampiamente utilizzato soprattutto nel campo della psicologia applicata (Picone, Ribaudo, Pezzuti, 2006). I punti di forza dello strumento sono l'economicità e la praticità con cui si può tracciare un profilo delle caratteristiche della personalità di un soggetto.

Il BFQ è un questionario autosomministrato composto da 132 item a cui il soggetto risponde su una scala likert a 5 punti (da 1= assolutamente falso per me a 5= assolutamente vero per me). Il test prevede un fascicolo dove sono riportate le istruzioni per la compilazione e le 132 affermazioni e un foglio di risposta a lettura ottica dove ciascun soggetto assegna i suoi punteggi. Le cinque dimensioni che misura si chiamano: Energia, Amicalità, Coscienziosità, Stabilità Emotiva e Apertura Mentale. Per ciascun fattore sono state individuate due sottodimensioni che contraddistinguono aspetti differenti della medesima dimensione. Ciascuna sottodimensione conta 12 item di cui una metà è formulata in senso positivo e l'altra in senso negativo. Prevede inoltre una scala, che si chiama Lie (L),

composta da 12 item che hanno lo scopo di controllare la tendenza del soggetto a fornire un profilo falsato, esagerato in senso positivo o in senso negativo. Le descrizioni delle cinque dimensioni e le dieci sottodimensioni sono riportate in Tabella 2.

Le norme italiane (Caprara, Barbaranelli e Borgogni, 1993) a cui abbiamo fatto riferimento sono state formulate da un lavoro di standardizzazione su un campione di 1003 soggetti, suddivisi in quattro fasce d'età tra i 19 e i 63 anni. Questo lavoro ha messo in evidenza le buone caratteristiche di validità e attendibilità del questionario (ibidem).

I risultati permettono di tracciare un profilo sulla base del punteggio ottenuto, che può variare da molto basso (inferiore ai 35 punti T) a molto alto (superiore a 65 punti T), alle dimensioni alla scala Lie e a tre indicatori aggiuntivi: *Altezza del profilo*, che fornisce indicazioni sul livello globale di percezione di sé, *Differenziazione dei risultati* che indica il grado di differenziazione del risultato permettendo una valutazione sulla sua omogeneità; *Incoerenza del profilo* che sottolinea eventuali contraddizioni interne nel profilo.

Il BFQ è un test che ha avuto un suo adattamento in Spagna, Francia, Slovenia, Estonia e Svezia ed è in corso il lavoro di taratura in Germania, è un questionario utilizzato ampiamente in ambito organizzativo proprio per la sua peculiarità di tracciare dei profili e mettere in evidenza punti di forza e di debolezza, particolari predisposizioni e caratteristiche di un soggetto (Picone et al, 2006).

Nel nostro studio è utile confrontare quanto le tre scale strutturali di personalità valutate con l'IPO siano coerenti con dei profili dimensionali di personalità ottenuti per mezzo di uno strumento come il BFQ, costruito e ampiamente utilizzato in Italia, che non traccia una valutazione specificatamente diagnostica. Riteniamo che buone correlazioni possano essere indici di validità dell'IPO.

Tabella 2: Le 5 dimensioni e le sottodimensioni del BFQ

DIMENSIONI	SOTTOSCALE
ENERGIA (E) Le persone che ottengono punteggi alti in tale dimensione tendono a descriversi come molto dinamiche, attive, energiche, dominanti, loquaci. Al contrario, le persone che ottengono punteggi più bassi tendono a descriversi come poco dinamiche e attive, poco energiche, sottomesse e taciturne.	DINAMISMO (Di) valuta aspetti che riguardano comportamenti energici e dinamici, la facilità di parola e l'entusiasmo, caratteristiche che a livello interpersonale giocano un ruolo importante. DOMINANZA (Do) misura aspetti connessi con la capacità di imporsi, di primeggiare, di far valere la propria influenza sugli altri.
AMICALITA' (A) Le persone che ottengono punteggi alti in tale dimensione tendono a descriversi come molto cooperative, cordiali, altruiste, amichevoli, generose, empatiche. Al contrario le persone che ottengono punteggi bassi tendono a descriversi come poco cooperative, poco cordiali, altruiste, poco amichevoli, poco generose e poco empatiche.	COOPERATIVITA'/EMPATIA (Cp) misura aspetti più legati al sapere capire e venire incontro alle necessità e agli stati di bisogno degli altri, alla capacità di cooperare efficacemente con gli altri. CORDIALITA'/ATTEGGIAMENTO AMICHEVOLE (Co) misura aspetti più collegati con l'affabilità, la fiducia e l'apertura verso gli altri.
COSCIANZIOSITA' (C) Le persone che ottengono alti punteggi in tale dimensione si descrivono come molto riflessive, scrupolose, ordinate, accurate, perseveranti. Al contrario le persone che ottengono punteggi bassi tendono a descriversi come poco riflessive, poco scrupolose, poco ordinate, poco accurate e poco perseveranti.	SCRUPOLOSITA' (Sc) tende a misurare aspetti che riguardano l'affidabilità, la cura di ogni cosa nei minimi particolari, l'amore dell'ordine. PERSEVERANZA (Pe) misura aspetti che si riferiscono alla persistenza e alla tenacia nel portare a compimento i compiti e le attività intraprese, e nel non venire meno agli impegni presi.
STABILITA' EMOTIVA (S) Le persone che ottengono alti punteggi in tale dimensione tendono a descriversi come poco ansiose, vulnerabili, emotive, impulsive, impazienti, irritabili. Al contrario le persone che ottengono punteggi bassi tendono a descriversi come molto ansiose, vulnerabili, emotive, impulsive, impazienti, irritabili.	CONTROLLO DELL'EMOZIONE (Ce) tende a misurare soprattutto aspetti che riguardano il controllo degli stati di tensione connessi all'esperienza emotiva. CONTROLLO DEGLI IMPULSI (Ci) misura aspetti che si riferiscono alla capacità di mantenere il controllo del proprio comportamento anche in situazioni di conflitto, disagio e pericolo.
APERTURA MENTALE (M) Le persone che ottengono alti punteggi in tale	APERTURA ALLA CULTURA (Ac) La prima tende a misurare gli aspetti che riguardano l'interesse a tenersi informati, l'interesse nei

dimensione tendono a descriversi come molto colte, informate, interessate alle cose e alle esperienze nuove, aperte al contatto con culture e usanze diverse. Al contrario le persone che ottengono punteggi bassi tendono a descriversi come poco colte, poco informate, poco interessate alle cose e alle esperienze nuove, refrattarie al contatto con culture e usanze diverse.	confronti della lettura, l'interesse ad acquisire conoscenze. APERTURA ALL'ESPERIENZA (As) misura aspetti che si riferiscono ad una disposizione favorevole nei confronti delle novità, alla capacità di considerare ogni cosa da più prospettive, ad un'apertura favorevole nei confronti di valori, stili, modi di vita e culture diverse.
SCALA LIE (L) Ha lo scopo di fornire una misura della tendenza del soggetto a dare un profilo di sé falsamente "positivo" o "negativo". Punteggi molto elevati in tale scala sono considerati indicativi di una tendenza più o meno intenzionale a fornire un'immagine di sé artificiosamente "positiva"; punteggi molto bassi invece sono considerati indicativi di una tendenza più o meno intenzionale a fornire un'immagine di sé artificiosamente "negativa".	

3.3.2.3 Psychological Well-Being

Lo Psychological Well-Being (PWB) è un questionario self report costruito da Carol Ryff (1995) sulla base della sua proposta teorica riguardo al concetto di benessere psicologico: l'Autrice, infatti, sostiene che il benessere sia differente dalla semplice felicità espressa da un individuo. Il benessere psicologico è, secondo questo modello, un concetto dinamico e multidimensionale che comprende molteplici aspetti (Ryff, 1989). La Ryff individua, a questo proposito, sei dimensioni fondamentali : autoaccettazione, relazioni interpersonali positive, autonomia, controllo ambientale, crescita personale e scopo nella vita. Su questo assunto l'Autrice ha costruito il PWB, test autosomministrato che permette l'operazionalizzazione delle sei dimensioni da lei stessa teorizzate e una misura

multidimensionale del benessere psicologico. Negli Stati Uniti il PWB è stato standardizzato e utilizzato per diversi studi di ricerca mostrando buone caratteristiche psicometriche (Ryff et al., 1989; 1995; 1996). In Italia il PWB è stato adottato per studi su campioni con disturbi dell'umore e d'ansia (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi, 1998; Fava, Ruini, 2002) prima di avere un suo adattamento italiano ad opera di Ruini, Ottolini, Rafanelli, Ryff e Fava nel 2003, quest'ultima è la versione adottata nel nostro lavoro.

Lo studio di validazione italiana è stato condotto su un gruppo di 415 soggetti adulti (tra i 16 e gli 85 anni) utilizzando la versione che comprende 84 item suddivisi nelle sei scale: Autoaccettazione, Relazioni Interpersonali Positive, Autonomia, Controllo Ambientale, Crescita Personale e Scopo nella Vita. La risposta agli item viene assegnata per mezzo di una scala likert a 6 punti che vanno da 1= non sono d'accordo a 6= sono perfettamente d'accordo. Il lavoro di taratura italiana evidenzia che il PWB è uno strumento valido e attendibile su una popolazione generale italiana avendo ottenuto indici di correlazione molto elevati sia tra le sei scale che lo costituiscono, sia al retest a distanza di un mese, fatta eccezione per le due dimensioni dell'Autonomia e del Controllo Ambientale che, in base ai risultati ottenuti, non possono essere classificate come scale destinate alla misurazione dei tratti (ibidem). Successivamente il PWB è stato adottato anche come misura del cambiamento nei disturbi d'ansia per la valutazione dell'efficacia della psicoterapia (Fava et al., 2005).

Questo strumento è stato scelto per il presente studio allo scopo di indagare la validità (convergente e discriminante) dell'IPO. L'IPO, infatti, dovrebbe discriminare soggetti con organizzazioni più patologiche, dunque persone che tendenzialmente presentano più bassi livelli di benessere psicologico, così come è inteso dal modello della Ryff, da soggetti con una struttura più matura della personalità, che invece dovrebbe corrispondere a individui che hanno una maggior capacità di sentire un benessere psichico. Inoltre ci interessa anche verificare quanto uno strumento come il PWB, adattato alla popolazione italiana, con un costrutto teorico di matrice differente da quella psicodinamica, possa correlare con le scale dell' IPO.

Per sottolineare come le dimensioni valutate per mezzo del PWB possano essere associabili alle descrizioni fenotipiche delle strutture borderline di personalità nel modello di Kernberg (2004) riportiamo le descrizioni nella Tabella 1.

Tabella1: Le sei dimensioni del PWB

	PUNTEGGIO ALTO	PUNTEGGIO BASSO
AUTOACCETTAZIONE	Implica il possedere atteggiamenti positivi nei confronti di se stessi. Evidenzia la consapevolezza delle proprie qualità positive e negative. In genere il pensiero della vita che è trascorsa suscita sentimenti positivi	Evidenzia un senso di insoddisfazione nei confronti di se stessi, e di come sono andate le cose nella vita trascorsa. Tali persone vorrebbero essere diverse da come sono in realtà perché ci sono alcuni aspetti della personalità con cui sono in conflitto
RELAZIONI POSITIVE CON GLI ALTRI	Le relazioni con gli altri sono basate sulla fiducia e sul calore. Tali persone sono in grado di provare forti sentimenti di empatia, affetto e di creare rapporti all'insegna dell'intimità. Queste qualità danno la possibilità a chi le possiede di riuscire a dare e ricevere il massimo da tali rapporti.	Le relazioni con gli altri sono poche e poco affidabili. Per queste persone è molto difficile essere calorosi, aperti e interessati alle vicende altrui. Sono isolati e frustrati dalle relazioni interpersonali. Essi non sono disposti a scendere a compromessi per mantenere legami importanti con gli altri.
AUTONOMIA	Queste persone sono molto sicure di sé ed indipendenti. Sono in grado di resistere alle pressioni sociali che tenderebbero a farli pensare e agire come la maggior parte delle altre persone. Essi sono in	Queste persone sono molto influenzate nei loro comportamenti dalle aspettative e dai giudizi degli altri. Si basano sui consigli degli altri per prendere ogni tipo di decisione. Il loro modo di agire e

	grado di regolare il loro comportamento dall'interno, valutando se stessi attraverso standard personali.	pensare è condizionato dalle pressioni sociali.
CONTROLLO AMBIENTALE	Tali individui hanno un senso di dominio e di competenza nel controllare l'ambiente circostante. Sono in grado di gestire una vasta gamma di attività e riescono a trarre tutte le opportunità che ciò che li circonda offre. Un'altra qualità da non sottovalutare è il fatto che essi riescono a rendere il più conforme alle loro esigenze l'ambiente circostante.	Tali individui hanno grosse difficoltà a gestire la vita di tutti i giorni. Non sono capaci di cogliere le opportunità che si prospettano l loro e sembrano non essere in grado di controllare il mondo che li circonda.
SCOPO NELLA VITA	Queste persone hanno delle mete e un senso di direzione nei confronti della loro vita. Attribuiscono un significato importante alla vita passata e presente. Hanno elaborato delle convinzioni che danno un senso alla loro vita.	Queste persone non attribuiscono alla loro vita nessun particolare significato, hanno pochissime mete ed obiettivi. Vedono la loro vita passata come se non avesse nessun significato e non hanno nessun tipo di prospettiva circa la loro vita attuale che possa attribuire un significato preciso.
CRESCITA PERSONALE	Tali individui hanno la sensazione di continua crescita e interpretano la loro persona come in continua espansione. Sono aperti alle nuove esperienze e cercano continuamente di realizzare il loro potenziale. Se guardano al futuro si vedono	Tali individui hanno la percezione di essere in una situazione di stallo e hanno perso la spinta a crescere e migliorarsi lungo l'arco del tempo. Si sentono incapaci di sviluppare nuovi comportamenti e sono tendenzialmente

	migliorati. Questa predisposizione al cambiamento permette loro di raggiungere una più alta conoscenza di sé.	annoiati e disinteressati nei confronti della loro vita.
--	--	--

3.3.3 Procedure

L'IPO è stato sottoposto a tutti i soggetti del gruppo non clinico insieme agli altri due questionari, Psychological Well-Being e Big Five Questionnaire, e ad una scheda per la rilevazione delle caratteristiche socio culturali dei soggetti (sesso, età, provenienza geografica e grado di istruzione). La somministrazione di questa batteria di strumenti è avvenuta in gruppo ed ha avuto una durata di quaranta minuti circa. Ogni soggetto riceveva una busta con i questionari e la scheda di rilevazione dati anagrafica e, senza un ordine prestabilito, si invitava a compilare i test e a riconsegnarli in formato anonimo in busta chiusa.

E' stata, inoltre, richiesta la disponibilità ad essere ricontattati dopo un mese per la compilazione di un altro questionario. 46 soggetti hanno accettato e le loro buste sono state contrassegnate con la sigla "RETEST". I soggetti sono stati ricontattati e riuniti ad un mese dalla prima compilazione e hanno risposto nuovamente alle domande dell'IPO.

I soggetti del gruppo clinico, invece, hanno compilato l'IPO insieme ad una batteria di test previsti per una ricerca avviata all'interno dei servizi pubblici sulla qualità delle prestazioni psicologico psichiatriche erogate, in seguito ad una valutazione clinica da parte del servizio stesso ed una proposta di trattamento (De Coro et al., 2010). La ricerca condotta all'interno dei servizi ha adottato procedure e strumenti diversi sulla base della gravità dei pazienti e degli obiettivi dello studio.

I pazienti in trattamento psicoterapeutico hanno ricevuto l'IPO insieme ad altri questionari per la valutazione psicodinamica e sintomatologica prima di iniziare

la terapia. La compilazione è avvenuta individualmente, i test sono stati presentati in modo randomizzato.

I pazienti con diagnosi di schizofrenia o altra forma psicotica, invece, hanno compilato l'IPO insieme al BFQ, al PWB e ad un questionario sulla gravità dello stato sintomatico. L'ordine di presentazione dei test è stato randomizzato e non tutti i soggetti hanno compilato tutti gli strumenti insieme, a volte è stato previsto un secondo incontro con il somministratore per motivi di stanchezza o di calo di attenzione da parte del paziente.

I pazienti afferenti al servizio di Alcologia, invece, dopo i colloqui di valutazione da parte del servizio, hanno acconsentito alla somministrazione dell'IPO, che è stato proposto da un tirocinante del servizio individualmente a ciascun paziente.

3.4 Analisi statistiche

Per condurre le analisi sui dati raccolti è stato usato il programma informatico Statistica Per le Scienze Sociali (SPSS) versione 13.0.

Le analisi condotte sono state pensate sulla base della valutazione della validità e dell'attendibilità della versione italiana dell'IPO.

3.4.1 Analisi per la validità.

Per esplorare la validità dello strumento, inizialmente, abbiamo previsto un'analisi fattoriale. L'analisi fattoriale è stata condotta sui risultati dell'IPO dell'intero campione non clinico: è stata scelta un'analisi di tipo esplorativo con rotazione Oblimin.

Per approfondire la validità di costrutto, convergente e discriminante, sono state eseguite delle correlazioni tra i risultati dell'IPO e i punteggi ottenuti dal campione non clinico ai questionari PWB e BFQ che sono state effettuate per mezzo della statistica r di Pearson.

Per ottenere dati ulteriori a sostegno della validità della forma italiana dell'IPO, è stata condotta un'analisi discriminante tra i 78 soggetti del gruppo clinico e 78

soggetti del gruppo non clinico appaiati per sesso ed età, è stato calcolato l'indice Wilks' Lambda. La stessa analisi discriminante è stata condotta tra 33 soggetti con diagnosi di psicosi e 45 soggetti con altri tipi di diagnosi.

3.4.2 Analisi per l'attendibilità.

Per quanto riguarda l'attendibilità del questionario di Kernberg abbiamo svolto uno studio di fase I: le caratteristiche operative dell'IPO, in quanto test diagnostico, sono state misurate per mezzo dell'analisi statistica delle Curve di Roc sui risultati ottenuti al test dal gruppo clinico di 78 soggetti e da 78 soggetti non clinici appaiati per sesso ed età. Queste analisi hanno permesso di analizzare i livelli di specificità e sensibilità al fine di individuare il punteggio *cut-off* per ciascun fattore dell'IPO. Punteggio che permette di distinguere un'area di valori clinicamente rilevanti da un'area non rilevante clinicamente, mantenendo allo stesso tempo un buon livello sia di specificità che di sensibilità del fattore.

Al fine di verificare l'attendibilità dell'IPO rispetto alla stabilità e alla coerenza interna abbiamo condotto la procedura del test-retest che riguardava 46 soggetti del gruppo non clinico ed è stata utilizzata la statistica r di Pearson. Per la coerenza interna del test, invece, l'analisi dell'Alpha di Cronbach è stata condotta su tutto il gruppo non clinico per ciascun fattore dell'IPO.

Inoltre, per la verifica dell'attendibilità dell'IPO, sono stati selezionati dei gruppi omogenei, tra i soggetti non clinici, per confrontare le variabili sesso, età, istruzione e provenienza geografica. Il confronto tra le medie dei gruppi è stato condotto per mezzo della statistica ANOVA e t di Student per campioni indipendenti.

3.5 Risultati

3.5.1 Analisi fattoriale

L'analisi fattoriale è stata condotta considerando che i fattori estratti potessero essere dimensioni soggiacenti a tutte le variabili, dunque è stata adottata l'analisi in fattori comuni (AFC). Per cercare di ottenere una soluzione che rispondesse al

requisito della “struttura semplice” (Areni, Ercolani, Scalisi, 1994, p. 128) sono state applicate delle tecniche di rotazione. Inizialmente abbiamo provato ad usare la VARIMAX ma abbiamo verificato che, attraverso questa tecnica, tra le componenti estratte continuava ad esserci una correlazione troppo elevata ($> .6$), per cui molte variabili saturavano su più di un fattore. Così abbiamo proceduto applicando la rotazione OBLIMIN che ci ha permesso di considerare le componenti estratte come fattori indipendenti poiché mostrano correlazioni adeguate, dunque è stato ridotto sensibilmente il rischio della saturazione plurifattoriale di un singolo item (Vedi Tabella 3).

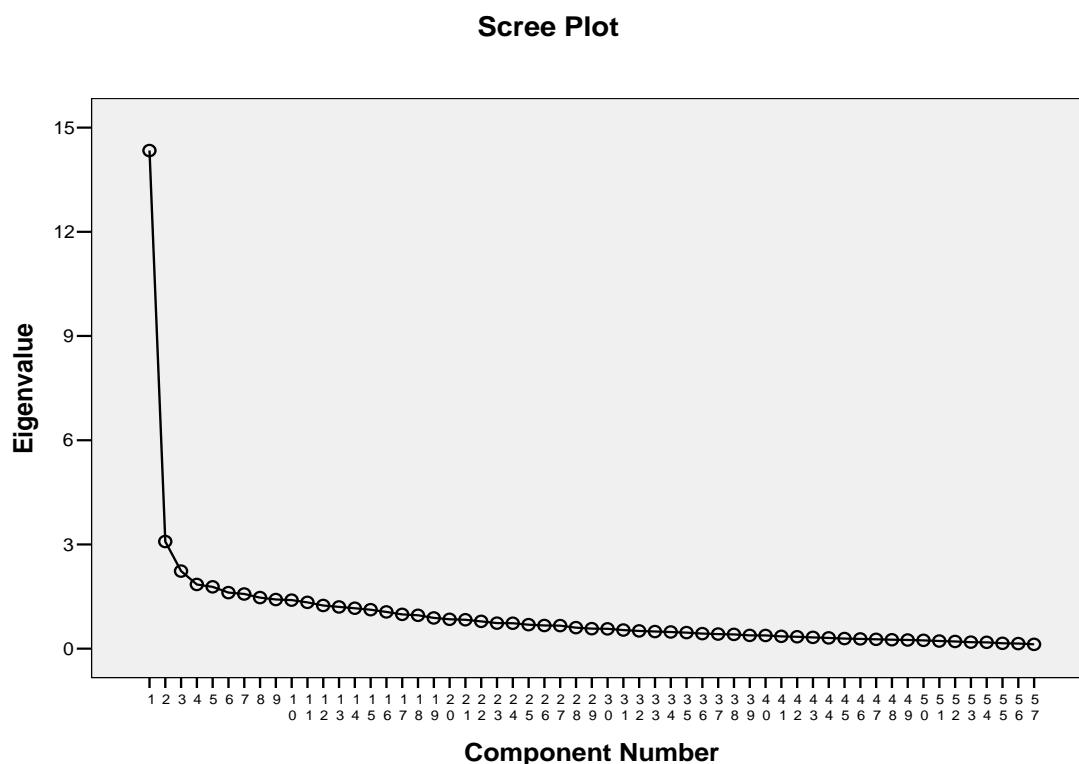
Tabella 3: matrice di correlazione

Componenti	1	2	3
1	1,000	-,376	,362
2	-,376	1,000	-,256
3	,362	-,256	1,000

L'analisi fattoriale ha permesso di individuare tre dimensioni principali attraverso il metodo dello *scree test* (ibidem), dal grafico infatti è chiaro che la componente con maggior percentuale di varianza spiegata sia la prima e poi ne seguono altre due che si scostano dalle componenti successive in cui avviene un certo decremento di valore (Vedi Grafico 6).

Da questa prima analisi, che ha considerato i 57 item del test come variabili, risulta che i tre fattori spiegano il 34,5 % di varianza cumulata, in particolare la prima componente spiega il 25 %, la seconda il 5% e la terza il 4% di varianza.

Grafico 6: Scree Plot dell'analisi fattoriale



Dopo aver estratto i tre fattori abbiamo analizzato gli item per verificare come si distribuivano nei tre gruppi rispetto al loro contenuto e se ce ne fossero alcuni con saturazioni inferiori allo 0.3 in valore assoluto a tutte le tre dimensioni.

Con questa prima verifica sono stati individuati 6 item che avevano saturazioni troppo basse ($< .3$) per essere mantenuti nella struttura dello strumento (Vedi Tabella 4).

Tabella 4: item che hanno una saturazione < .3.

ITEM	1	2	3
Penso di vedere delle cose che, quando guardo più da vicino, appaiono qualcosa di diverso.	0,265	-0,176	0,256
Gli altri dicono che io li provoco o li metto fuori strada per riuscire a fare a modo mio.	0,234	-0,019	0,255
La mia vita, se fosse un libro, mi sembrerebbe più simile ad una serie di racconti brevi scritti da autori diversi che non a un lungo romanzo	0,274	-0,124	0,085
Mi entusiasmo per hobby e interessi che poi dopo lascio perdere	0,293	-0,159	0,088
Non saprei dire se certe sensazioni fisiche che sento siano reali o se invece le sto immaginando	0,142	-0,139	0,175
Sento che i miei desideri o i miei pensieri si realizzeranno come per magia	0,156	-0,016	0,25

Abbiamo ripetuto l'analisi fattoriale con rotazione OBLIMIN, eliminando questi 6 item, e abbiamo verificato se ci fossero ancora degli item che non saturassero nei tre fattori o che avessero un contenuto incompatibile con il resto delle affermazioni del proprio gruppo. Da questa seconda verifica è emerso che nel fattore 1 saturano tutti gli item che riguardano descrizioni che il soggetto fa di sé stesso; nel fattore 2 rientrano prevalentemente descrizioni relative agli altri e nel fattore 3 saturano per lo più item che descrivono pensieri deliranti o franche allucinazioni. Così dalla seconda analisi fattoriale abbiamo rilevato due item “fuori tema” rispetto alla componente in cui saturavano (Vedi Tabella 5)

Tabella 5: item fuori tema

ITEM	1	2	3
Non riesco a spiegare i cambiamenti nel mio comportamento	0,204	-0,359	0,33
Sento di non riuscire ad ottenere ciò che voglio	0,005	-0,603	0,214

I due item riportati in Tabella 5, infatti, sono descrizioni di sé stessi perciò coerenti con il contenuto degli altri item che saturano nel fattore 1, ma si evince che essi saturano, invece, nel fattore 2.

E' stata rifatta l'analisi fattoriale senza gli 8 item considerati non adeguati precedentemente e ne abbiamo rilevati altri due che abbiamo ritenuto "fuori tema" rispetto al fattore in cui saturano (Vedi Tabella 6).

Tabella 6: item fuori tema

ITEM	1	2	3
Penso che le persone, fondamentalmente, siano o buone o cattive: ce ne sono pochi che realmente stanno nel mezzo	-0,068	-0,113	0,331
Mi succede di compiere azioni che mi sembrano giuste mentre le sto facendo, ma poi dopo a stento riesco a credere di averle compiute	0,305	-0,162	0,41

Dalla Tabella 6 è chiaro che il primo dei due item satura nel fattore 3, che riguarda la descrizione di sintomi psicotici nonostante il suo contenuto esplicito si riferisca alla percezione degli altri; il secondo item, invece, presenta la saturazione in due dei tre fattori risultando, perciò ambiguo.

Tolti anche questi ultimi due item abbiamo ricondotto l'analisi fattoriale con rotazione OBLIMIN e abbiamo ottenuto quella che è la soluzione definitiva.

Dall'analisi degli item, infatti, abbiamo individuato che i tre gruppi sono differenti dai tre fattori proposti dalla versione americana dell'IPO che divideva le descrizioni di meccanismi di difesa, dalle descrizioni sull'identità e dagli item sull'esame di realtà .

Dalle analisi condotte, la struttura dell'IPO prodotta dai dati dei 476 soggetti italiani non clinici conta 47 item divisi in tre fattori.

Il primo fattore comprende 21 item che riguardano descrizioni dei propri comportamenti o del proprio funzionamento mentale e per questo denominato "Rappresentazione del Sé".

Il secondo fattore, invece, è costituito da 17 descrittori di caratteristiche percepite in altri ipotetici e perciò è stato definito "Rappresentazione dell'Oggetto".

Il terzo fattore comprende un gruppo di 9 item che fanno parte, nella struttura originaria del test, della scala Esame di Realtà e riguardano descrizioni di distorsione franca del pensiero o della percezione: per questo è stato denominato “Distorsione della Realtà”. (Vedi Tabella 7).

Tabella 7: soluzione fattoriale definitiva

Legenda D: item che appartiene al fattore Difese
 I: item che appartiene al fattore Identità
 R: item che appartiene al fattore esame di Realtà

ITEM	SE'	OGGETTO	REALTA'
Tendo a idealizzare molto le persone anche se, in seguito, mi ricredo. D	-0,089	-0,71	-0,124
Mi sento come un falso o un impostore, e penso che gli altri mi vedono del tutto diverso da come sono realmente. I	0,516	-0,254	-0,059
Quando tutto intorno a me è instabile e confuso, mi sento allo stesso modo dentro di me. R	-0,097	-0,681	0,071
Sento che le persone di cui una volta avevo un'alta considerazione mi hanno deluso perché non si comportano all'altezza delle mie aspettative. D	0,066	-0,556	0,031
Mi accorgo che in casa sono una persona diversa da come sono nel lavoro (o a scuola). I	0,219	-0,45	-0,317
Non sono sicuro se una voce che ho sentito o qualcosa che ho visto siano una mia immaginazione oppure no. R	0,122	-0,222	0,422
Sento che da molto tempo nessuno mi ha realmente insegnato o raccontato qualcosa che io non sapessi già. D	0,475	0,006	-0,109
Sento che i miei gusti e le mie opinioni non sono davvero miei, ma li ho presi in prestito da altre persone. I	0,645	-0,058	-0,041
Quando sono nervoso o confuso, mi sembra che anche le cose nel mondo esterno non abbiano senso. R	0,119	-0,528	0,116
Mi riesce difficile fidarmi delle persone, perché spesso mi si rivoltano contro o mi tradiscono. D	0,305	-0,374	0,111
Alcuni miei amici sarebbero stupiti se sapessero come mi comporto diversamente in circostanze diverse. I	0,52	-0,204	-0,143
Mi sento quasi come se fossi qualcun altro, come un amico o un parente, o anche qualcuno che non conosco. R	0,363	-0,25	0,276
Ho bisogno di ammirare gli altri per sentirmi sicura/o. D	0,339	-0,247	-0,038
Io oscillo fra l'essere affettuoso e disponibile, in certi momenti, e l'essere freddo e indifferente in altri. I	0,455	-0,212	0,106
Mi trovo a fare delle cose che in altri momenti penso che non	0,668	0,055	-0,104

siano sagge, come fare sesso facilmente con molte persone, dire bugie, ubriacarmi, avere scoppi di collera o infrangere le leggi con piccole trasgressioni. D			
Quando mi sento male, non so dire se sia una cosa emotiva o una cosa fisica. R	0,073	-0,248	0,418
Gli altri mi dicono che non riesco a vedere i difetti in quelli che ammiro. D	-0,233	-0,633	0,124
Io posso vedere o udire cose che nessun altro può vedere o udire. R	0,062	0,208	0,671
Agisco seguendo degli impulsi che penso siano socialmente inaccettabili. I	0,513	-0,02	0,058
Mi capita di udire voci o rumori che gli altri sostengono che in realtà non ci sono. R	-0,023	0,014	0,714
Gli altri mi dicono che mi comporto in modo contraddittorio. D	0,411	-0,146	0,187
Mi trovo ad avere rapporti con persone che in realtà non mi piacciono perché mi è difficile dire di no. I	0,32	-0,392	-0,06
Ho udito o visto delle cose senza una ragione. R	0,003	-0,057	0,502
Mi succede di fare delle cose che fanno arrabbiare gli altri e non so perché queste cose li facciano arrabbiare. R	0,324	-0,231	0,01
Gli altri tendono ad usarmi, a meno che io non faccia molta attenzione. D	0,302	-0,329	0,064
Mi comporto in certi modi che agli altri sembrano imprevedibili e un po' stravaganti. D	0,506	-0,035	0,07
Quando gli altri mi vedono come una persona che ha successo, mi sento esaltata/o, quando mi vedono come uno che ha sbagliato, mi sento distrutto. I	0,261	-0,469	0,007
Le persone che preferisco non solo le ammiro, ma quasi le idealizzo. D	0,084	-0,646	0,017
Ho paura che le persone che diventano importanti per me, improvvisamente cambino i loro sentimenti nei miei confronti. I	0,155	-0,666	0,069
La gente mi vede come scortese o maleducato, e non so perché. R	0,498	0,138	-0,011
E' difficile per me essere sicuro di ciò che gli altri pensano di me, anche con le persone che mi hanno conosciuto molto bene. I	0,373	-0,415	0,015
Io capisco e so cose che nessun altro è in grado di capire e sapere. R	0,531	0,243	0,368
Gli altri tendono o a schiacciarmi con il loro amore o ad abbandonarmi. D	0,184	-0,483	0,186
E' difficile per me stare da sola/o. I	-0,081	-0,516	0,041
So che non posso dire ad altri certe cose che so sul mondo ma che agli altri sembrerebbero pazzie. R	0,683	0,343	0,174
Tendo a sentire le cose piuttosto intensamente, provando o un'immensa gioia o una grande disperazione. D	0,197	-0,483	0,122
Io mi vedo totalmente diversa/o in momenti diversi. I	0,46	-0,264	0,189

Ho visto cose che non esistono nella realtà. R	0,241	0,119	0,407
Nel corso di una relazione intima, ho paura di perdere il senso di me stessa/o. I	0,446	-0,232	0,129
Mi sento come se in precedenza fossi stato in un luogo o avessi fatto qualche cosa, quando in realtà non l'ho fatto. R	-0,041	-0,229	0,604
Gli obiettivi della mia vita cambiano da un anno all'altro. I	0,331	-0,101	0,205
Non so dire se io desidero soltanto che qualcosa sia vero, o se invece sia realmente vero. R	0,285	-0,168	0,366
Gli scopi che voglio raggiungere continuano a cambiare. I	0,424	-0,127	0,17
Credo che le cose possano accadere semplicemente pensandole. R	-0,141	-0,091	0,538
Quando sono coinvolto in un rapporto con qualcuno, poi mi stupisco di scoprire che tipo di persona è in realtà. I	0,185	-0,438	0,169
In un certo senso, non ho mai saputo veramente come comportarmi con le persone. R	0,489	-0,34	0,129
Anche le persone che mi conoscono bene non riescono a prevedere i miei comportamenti. I	0,573	-0,016	0,251

Dall'ultima analisi fattoriale, inoltre, risulta che le tre componenti estratte spiegano il 37,2 % di varianza cumulata: nello specifico la dimensione Rappresentazione di Sé spiega il 26,5 % di varianza , la Rappresentazione dell'Oggetto il 6,3% e la Distorsione di Realtà il 4,4%. Le tre dimensioni inoltre non correlano in modo particolarmente significativo ($<.4$) (Vedi Tabella 8).

Tabella 8: matrice di correlazione

Fattori	Sé	Altro	Realtà
Sé	1,000	-,375	,322
Altro	-,375	1,000	-,211
Realtà	,322	-,211	1,000

Come si evince dalla Tabella 8 la correlazione maggiore (.375) è tra la scala della Rappresentazione del Sé e la scala della Rappresentazione dell'Oggetto, poco inferiore è la correlazione tra la Distorsione della Realtà e e la Rappresentazione di Sé (.322), mentre una correlazione inferiore a .3 è quella tra la Distorsione della Realtà e la Rappresentazione dell'Altro (.211). Questo indica che il terzo fattore estratto sia quello maggiormente indipendente dagli altri due. I risultati infatti, nonostante non confermino la struttura americana dell'IPO, in linea con la nostra

ipotesi mostrano che le domande sull'esame di realtà si distinguono dalle altre. Anche nella versione americana dell'IPO l'Esame di Realtà, infatti, mostra di essere indipendente dai fattori Difese Immature e Diffusione dell'Identità, tanto che il lavoro di Lenzenweger et al. (2001) mostrava due soluzioni fattoriali : una a tre fattori e una a due fattori che considerava le difese e l'identità come una prima ed unica dimensione e gli item sull'esame di realtà come una seconda dimensione indipendente.

3.5.2 Analisi delle correlazioni

Dall'analisi delle correlazioni tra le scale dell'IPO, sia nella loro versione originale che nella versione emersa dalla nostra analisi fattoriale su campione italiano, con le scale del BFQ e del PWB sono stati ottenuti dei risultati significativi che confermano le nostre ipotesi iniziali.

Per quanto riguarda la convergenza tra la valutazione dell'organizzazione di personalità con l'IPO e la valutazione delle dimensioni di personalità con il BFQ, i risultati mostrano una convergenza solo parziale: le scale dell'IPO, nella sua versione USA, Difese Immature, Diffusione dell'Identità ed Esame di Realtà, come ipotizzato, correlano in modo significativo e negativo con i fattori Amicalità, e le sue sottodimensioni Cooperatività e Cordialità, e con il fattore Stabilità Emotiva, insieme alle sue sottodimensioni Controllo delle Emozioni e Controllo degli Impulsi. Inoltre le Difese Immature correlano in modo significativo e negativo con la Coscienziosità, mentre non sono significative le correlazioni tra quest'ultima dimensione, l'Identità diffusa e l'Esame di Realtà, come invece ipotizzavamo. Le tre scale correlano comunque in modo significativo e negativo con la sottodimensione della Coscienziosità, Perseveranza, mentre non correlano con la sottodimensione Scrupolosità.

Risultati significativi e negativi si evincono anche tra le scale dell'IPO USA e l'Estroversione, comprese le sottodimensioni Dinamismo e Dominanza, l'Apertura Mentale e la sua sottodimensione Apertura alla Cultura.

La Diffusione dell'Identità e l'Esame di Realtà correlano anche con la sottodimensione Apertura all'Esperienza (Vedi Tabella 9).

Tabella 9: correlazioni tra le scale USA dell'IPO e le dimensioni del BFQ

	IDENTITA'	DIFESE	TEST DI REALTA'
Din	-,135**	-,214**	-,151**
Dom	-,122**	-,118*	-,117*
ESTROVERSIONE	-,181**	-,211**	-,169**
Coop	-,116*	-,187**	-,125**
Coord	-,127**	-,194**	-,128**
AMICALITA'	-,163**	-,223**	-,136**
Scrup	,050	,018	,035
Persev	-,184**	-,248**	-,198*
COSCIENZIOSITA'	-,076	-,120**	-,078
Contr Emoz	-,523**	-,519**	-,462**
Contr Impuls	-,343**	-,342**	-,292**
STABILITA' EMOTIVA	-,498**	-,480**	-,422**
Apert Cultur	-,113*	-,147**	-,137**
Apert all'Esper	-,103*	-,090	-,105*
APERTURA MENTALE	-,139**	-,135**	-,153**

*sign. = .01

**sign. = .001

Le scale Rappresentazione di Sé, Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà, della versione italiana dell'IPO, correlano in modo significativo e negativo con le dimensioni di personalità Amicalità e Stabilità Emotiva, come avevamo ipotizzato. Con le quattro sottodimensioni abbiamo rilevato risultati significativi e negativi con il Controllo delle Emozioni e il Controllo degli Impulsi, mentre la Cooperatività correla in modo significativo e negativo solo con la Rappresentazione di Sé e la Cordialità con la Rappresentazione di Sé e la Rappresentazione dell'Oggetto. Con la Coscienziosità correla in modo significativo e negativo solo la Rappresentazione di Sé, con la sottodimensione Scrupolosità solo la Rappresentazione dell'Oggetto però tutte tre le scale dell'IPO correlano con la Perseveranza sempre in modo significativo e negativo.

Oltre ai risultati ipotizzati abbiamo rilevato delle correlazioni significative e negative tra le tre scale dell'IPO e l'Apertura Mentale, tra la Rappresentazione di Sé e dell'Oggetto e l'Estroversione, con la sua sottodimensione Dinamismo, con l'Apertura alla Cultura. Inoltre la Rappresentazione dell'Oggetto correla in modo significativo e negativo con la Dominanza e con l'Apertura all'Esperienza (Vedi tabella 10).

Tabella 10: correlazioni tra la versione italiana dell'IPO e le dimensioni del BFQ

	SE	OGGETTO	REALTA'
Din	-,146**	-,215**	-,069
Dom	-,049	-,201**	-,002
ESTROVERSIONE	-,128**	-,266**	-,063
Coop	-,199**	-,083	-,082
Coord	-,213**	-,105*	-,085
AMICALITA'	-,237**	-,113*	-,108*
Scrup	-,043	,125**	,004
Persev	-,251**	-,159**	-,150**
COSCIENZIOSITA'	-,167**	,001	-,085
Contr Emoz	-,425**	-,619**	-,283**
Contr Impuls	-,288**	-,366**	-,201**
STABILITA' EMOTIVA	-,400**	-,556**	-,280**
Apert Cultur	-,120**	-,124**	-,088
Apert all'Esper	-,029	-,140**	-,063
APERTURA MENTALE	-,093*	-,151**	-,114*

*sign.=.01

**sign.=.001

Per quanto concerne la convergenza tra l'organizzazione strutturale della personalità e il benessere soggettivo percepito, invece, le tre scale dell'IPO nella versione americana, Difese Immature, Diffusione dell'Identità ed Esame di Realtà e le sei scale del benessere psicologico misurate con il PWB correlano tutte in modo significativo e negativo, così come avevamo ipotizzato (Vedi Tabella 11).

Tabella 11: Correlazioni tra le scale USA dell'IPO e le scale del PWB

	IDENTITA'	DIFESE	TEST DI REALTA'
AUTONOMIA	-,367**	-,468**	-,333**
CONTROLLO AMBIENTALE	-,526**	-,587**	-,458**
CRESCITA PERSONALE	-,240**	-,252**	-,225**
RELAZIONI POSITIVE	-,355**	-,442**	-,312**
SCOPI DI VITA	-,450**	-,517**	-,437**
ACCETTAZIONE DI SE	-,538**	-,589**	-,455**

** sign. = .001

Anche fra le tre scale dell'IPO nella versione italiana, Rappresentazione di Sé, Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà, e le dimensioni del benessere psicologico del PWB risultano correlazioni significative e negative (Vedi Tabella 12).

Tabella 12: correlazioni tra le scale italiane dell'IPO e le scale del PWB

	SE	OGGETTO	REALTA'
AUTONOMIA	-,379**	-,450**	-,191**
CONTROLLO AMBIENTALE	-,514**	-,580**	-,277**
CRESCITA PERSONALE	-,181**	-,280**	-,114**
RELAZIONI POSITIVE	-,443**	-,352**	-,114**
SCOPI DI VITA	-,490**	-,452**	-,318**
ACCETTAZIONE DI SE	-,507**	-,593**	-,287**

** sign. = .001

3.5.3 Analisi discriminante

La prima analisi discriminante ha evidenziato che le tre scale dell'IPO sia nella versione americana che nella versione costruita sulla soluzione fattoriale italiana discriminano il gruppo dei 78 soggetti clinici dai 78 soggetti non clinici appaiati per sesso ed età, come avevamo ipotizzato.

In particolare le tre scale USA, Difese Immature, Diffusione dell'Identità ed Esame di Realtà, hanno mostrato di discriminare i due gruppi in modo significativo (Wilks' Lambda di .881 sign .000): il fattore delle Difese è quello con maggior capacità discriminante (.974), poi la Diffusione dell'Identità (.859) e infine l'Esame di Realtà (.816) (Vedi tabella 13 a/b).

Tabella 13: analisi discriminante clinici VS non clinici dell'IPO versione USA

Tabella 13 a

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	Df	Sig.
1	,831	28,187	3	,000

Tabella 13b

	Function 1
Difese	,974
Identità	,859
Esame di realtà	,816

Anche le tre scale italiane, Rappresentazione di Sé, Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà mostrano di discriminare in modo significativo i due gruppi (Wilks' Lambda .722, sign.000): la Distorsione della Realtà ha la maggior capacità discriminante (.824), segue la Rappresentazione di Sé (.794) e la Rappresentazione dell'Oggetto (.414) (Vedi Tabella 14 a/b).

Tabella 14: analisi discriminante clinici VS non clinici dell'IPO versione italiana

Tabella 14a

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	Df	Sig.
1	,722	49,339	3	,000

Tabella 14b

	Function 1
Realtà	,824
Sé	,794
Oggetto	,414

Una seconda analisi discriminante, per valutare la differenza tra i 33 soggetti con diagnosi di psicosi e i 45 soggetti con una diagnosi clinica non di psicosi, ha messo in luce una superiorità dell'organizzazione americana dell'IPO nel discriminare significativamente tra psicotici e non psicotici, poiché tutte tre le scale dell'IPO (e maggiormente l'Esame di realtà, coerentemente con la teoria di Kernberg) discriminano i due gruppi, mentre le tre scale della soluzione fattoriale italiana risultano non discriminanti.

In particolare la versione USA discrimina in modo significativo il gruppo di psicotici dal gruppo di pazienti non psicotici (Wilks' Lambda .692, sign..000), il fattore che ha la capacità discriminante maggiore è l'Esame di Realtà (.413) lo seguono la Diffusione dell'Identità (-.349) e le Difese Immature (-.172) (Vedi tabella 15 a/b).

Tabella 15: analisi discriminante psicotici VS non psicotici dell'IPO versione USA

Tabella 15 a

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	Df	Sig.
1	,692	27,464	3	,000

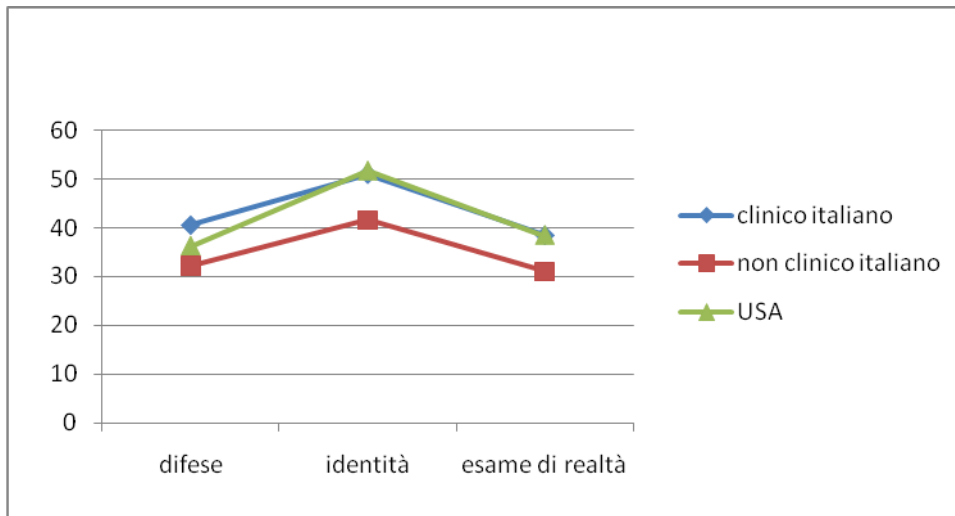
Tabella 15 b

	Function
	1
Esame di realtà	,413
Identità	-,349
Difese	-,172

3.5.4 Analisi descrittive

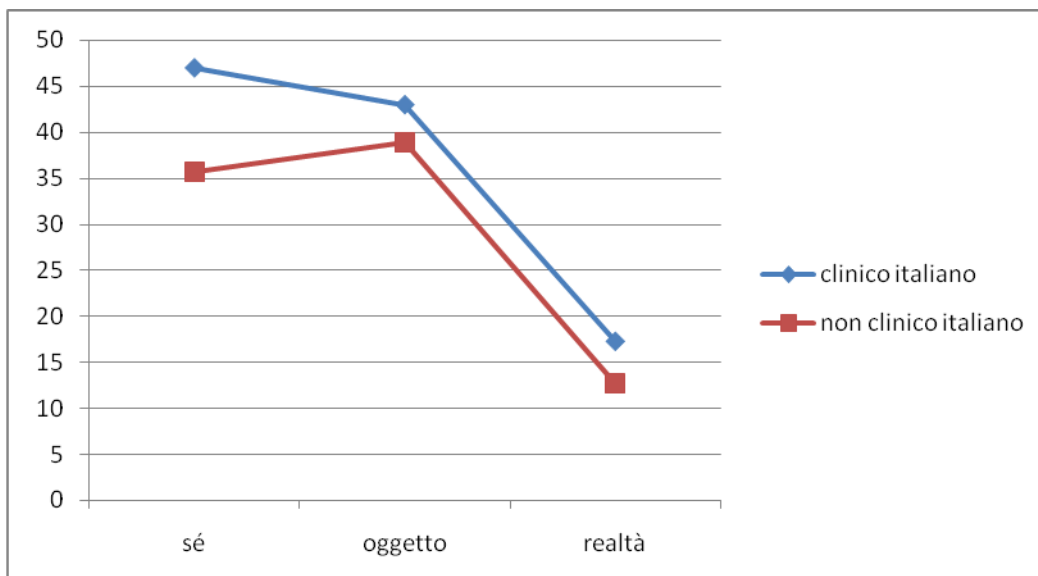
Sulla base dei dati raccolti dal nostro studio su un campione italiano riportiamo i dati a confronto fra le medie del campione italiano non clinico (N = 476), il campione italiano clinico (N = 78) e il campione USA (N = 249) dello studio di Lenzenweger et al (2001) (Vedi Grafico 7).

Grafico 7: medie dei gruppi clinico e non clinico italiano e del campione USA alle tre scale originarie dell'IPO.



Inoltre riportiamo i dati a confronto delle medie del gruppo clinico italiano (N = 78) e le medie del gruppo non clinico italiano (N = 476) ottenute alle tre scale, Rappresentazione di sé, Rappresentazione dell'oggetto e Distorsione della realtà, rilevate dell'analisi fattoriale italiana dell'IPO (Vedi Garfico 8).

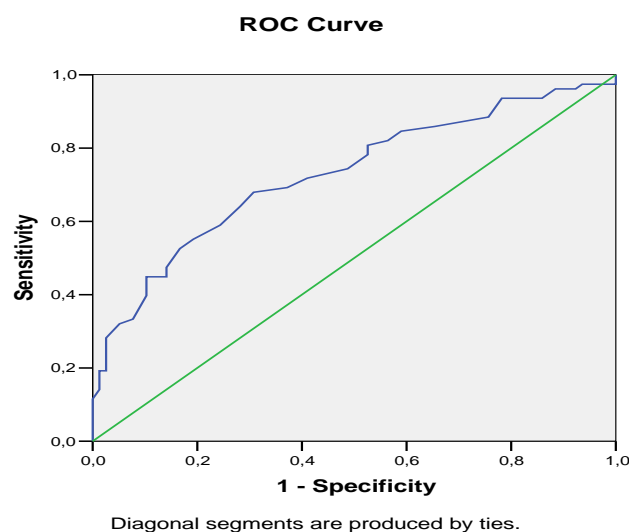
Grafico 8: medie del gruppo clinico e non clinico italiano alle tre scale dell'IPO rilevate dall'analisi fattoriale italiana.



3.5.5 Analisi delle caratteristiche operative

L'analisi delle Curve di Roc è stata condotta su ciascuno dei fattori dell'IPO per valutare l'accuratezza dello strumento a distinguere fra soggetti clinici (cioè coloro che sono in trattamento presso un servizio dopo aver ricevuto una diagnosi clinica) e non clinici (cioè coloro che non hanno mai ricevuto né richiesto una diagnosi clinica). I risultati di queste analisi, per la soluzione fattoriale statunitense, hanno mostrato un'ampia area significativa: la scala delle Difese Immature ha ottenuto un'area pari a .728 (sign..000) come mostra il Grafico 9. Dall'analisi dei valori di sensibilità e specificità della scala abbiamo rilevato che un adeguato punteggio *cut-off* che funga da valore soglia tra il gruppo clinico e quello non clinico è 36,5, che mantiene la sensibilità a .641 e la specificità a .718.

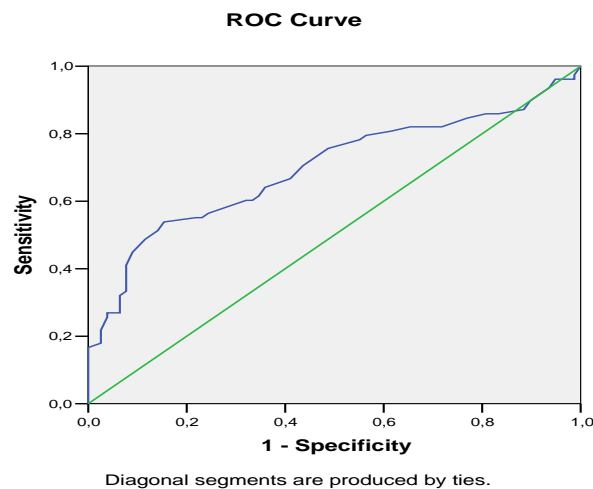
Grafico 9: Curva di Roc del fattore Difese Immature



La scala della Diffusione dell'Identità ha ottenuto un'area della Curva di Roc pari a .697, indice di un'accuratezza significativa del fattore (sign..000) (Vedi Grafico 10).

Il punteggio *cut off* per il fattore della Diffusione dell'Identità scelto è il 44,5 che mantiene una buona sensibilità della scala (.603) e una buona specificità (.679).

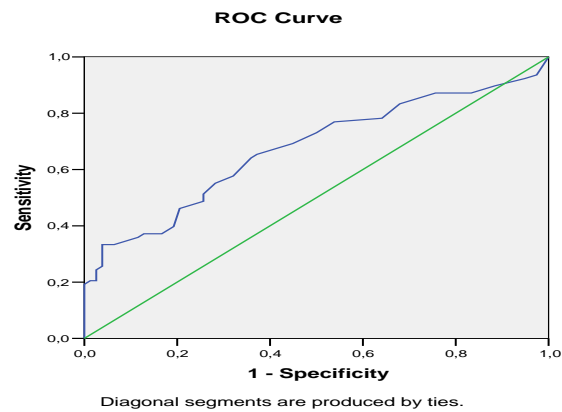
Grafico 10 :Curva di Roc del fattore Diffusione dell'Identità



La scala dell'Esame di Realtà ha ottenuto un'area di punteggio che indica un'accurata capacità di distinguere i punteggi dei soggetti con diagnosi dai punteggi dei soggetti senza diagnosi (Area .673, sign..000) come mostra il Grafico 11.

Il punteggio 31,5 è quello indicato come *cut off* per il fattore dell'Esame di Realtà, punteggio che permette di mantenere la sensibilità e la specificità della scala pari a .641.

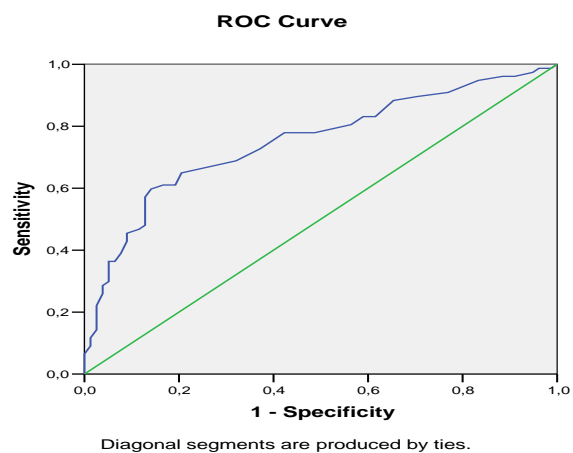
Grafico 11: Curva di Roc del fattore Esame di Realtà.



Per quanto riguarda i fattori della versione italiana dell'IPO, abbiamo ottenuto delle Curve di Roc con aree altrettanto significative. In particolare la Rappresentazione di Sé ha ottenuto un'area di .751 (sign..000) come mostra il Grafico 12.

Abbiamo indicato come punteggio *cut off* per la scala della Rappresentazione di Sé il 38,5 che mantiene una sensibilità di .688 e una specificità di .679.

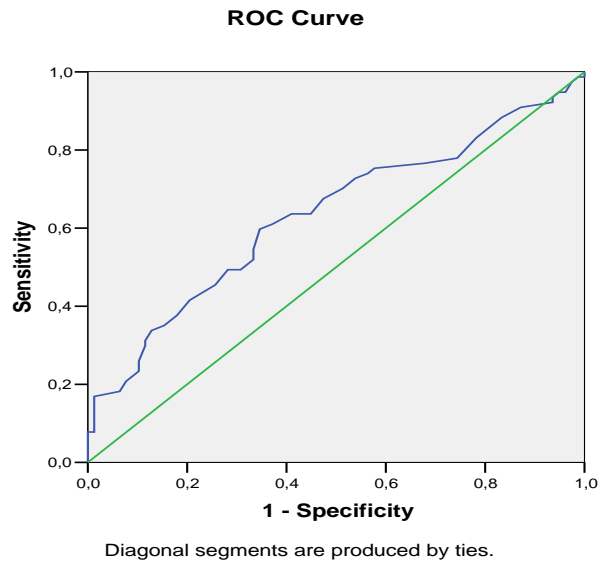
Grafico 12: curva di Roc della Rappresentazione di Sé



Anche la Rappresentazione dell'Oggetto mostra una buona accuratezza (Area .633, sign..004) come evidente dal Grafico 13.

Il punteggio indicato come *cut off* del fattore Rappresentazione dell'Oggetto è 38,5 compromesso di una sensibilità pari a .610 e una specificità di .628.

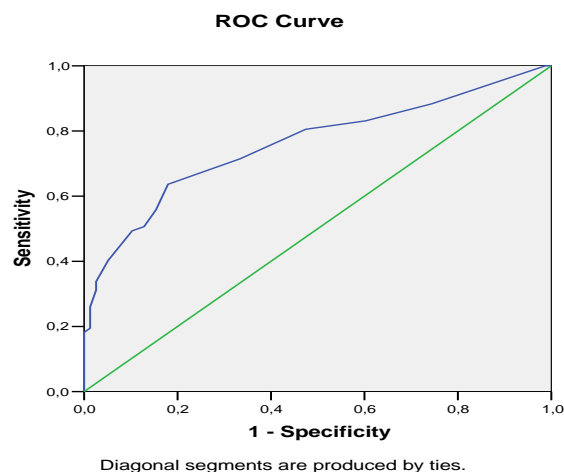
Grafico 13: Curva di Roc della Rappresentazione dell'Oggetto



Il fattore Distorsione della Realtà mostra un'area significativa (Area ,759, sign..000), indice di una buona accuratezza come per le scale precedenti (Vedi Grafico 15).

Il punteggio *cut off* rilevato è il 12,5 che mantiene una sensibilità della scala di .714 e una specificità di .667.

Grafico 15: Curva di Roc Distorsione della Realtà



Come abbiamo osservato, le analisi delle Curve di Roc hanno prodotto risultati significativi così come avevamo ipotizzato. L'analisi delle Curve ci ha permesso di rilevare quanto l'IPO sia accurato nel distinguere due gruppi che erano stati precedentemente costituiti sulla base di chi avesse una diagnosi ICD IX emessa da un servizio pubblico e chi invece non ne avesse mai richiesta una.

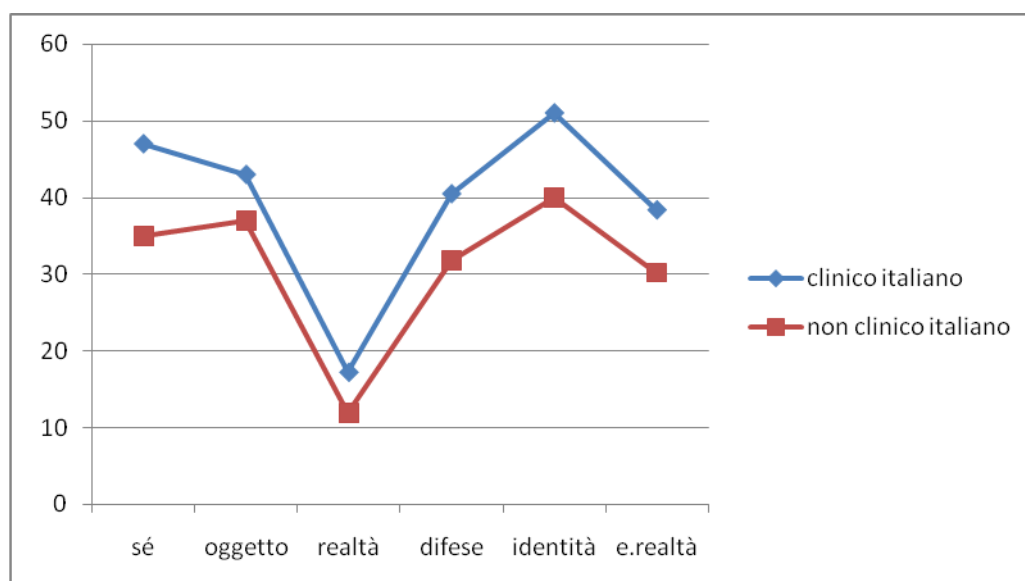
La Tabella 16 mostra un riepilogo delle medie e delle deviazioni standard dei due gruppi (clinico e non clinico) a ciascun fattore, sia della versione USA dell'IPO che di quella italiana, inoltre indica i punteggi *cut off* rilevati dalle analisi delle Curve di Roc.

Il Grafico 16, invece, rappresenta il confronto tra i dati delle medie alle scale dell'IPO, versione USA e italiana, dei due gruppi di soggetti (Clinico [N= 78] e Non clinico [N= 78]) appaiati per sesso ed età.

Tabella 16: medie e punteggi *cut off*: gruppi clinico e non clinico appaiati per sesso ed età.

	CLINICO		NON CLINICO		<i>CUT OFF</i>
	M	DS	M	DS	
Difese	40,5	11,7	31,8	8	36,5
Identità	51	17	40	10,2	44,5
Esame di Realtà	38,4	14	30,2	7,3	31,5
Sé	47	14,5	35	9	38,5
Oggetto	43	13,3	37	10,4	38,5
Realtà	17,3	7	11,9	3	12,5

Grafico 16: medie a confronto gruppo clinico e non clinico appaiati per sesso ed età.



3.5.6 Test retest

L'analisi del test-retest è stata applicata per valutare la stabilità dei risultati dell'IPO nel tempo. Dal retest, effettuato su un gruppo di 46 soggetti del gruppo non clinico che hanno ripetuto la compilazione dell'IPO ad un mese di distanza, abbiamo evinto che, considerando le scale della versione originale del test, la prima e la seconda somministrazione risultano correlare in modo significativo tra

loro, indice di una buona affidabilità dello strumento. Per quanto riguarda le tre scale della versione italiana dell'IPO, invece, la Rappresentazione del Sé e la Rappresentazione dell'Oggetto correlano in modo statisticamente significativo nella prima e seconda somministrazione, mentre la Distorsione della Realtà non risulta altrettanto attendibile, perché la correlazione fra i dati delle due somministrazioni non risulta significativa (Vedi Tabella 17).

Tabella 17: risultati test retest

	SCALE USA DELL'IPO	
DIFESE	$r = .699^*$	Sign..000
IDENTITA'	$r = .686^*$	Sign..000
ESAME DI REALTA'	$r = .451^*$	Sign..002
	SCALE ITALIANE DELL'IPO	
SE'	$r = .563^*$	Sign..000
OGGETTO	$r = .759^*$	Sign..000
REALTA'	$r = .084$	Sign..577

I risultati mostrati in Tabella 17 confermano la stabilità della traduzione italiana dell'IPO, nella soluzione fattoriale americana. Mentre delle scale della nuova soluzione fattoriale si mostrano attendibili nel tempo solo la Rappresentazione del Sé e la Rappresentazione dell'Oggetto; la correlazione test retest non risulta invece soddisfacente per la scala della Distorsione della realtà, che peraltro comprende un numero di item più piccolo rispetto alle altre due.

3.5.7 Stabilità interna

E' stata poi analizzata la stabilità interna delle singole scale. Il calcolo dell'Alpha di Cronbach alle scale dell'IPO, sia nella sua versione originale che in quella italiana, ci ha permesso di rilevare l'adeguata consistenza e stabilità interna di tutte le scale dello strumento ($>.80$) a parte che per la scala della distorsione della realtà, emersa dall'analisi fattoriale condotta sul campione italiano ($<.70$). L'analisi è stata effettuata sui 476 risultati del gruppo non clinico.

La Tabella 18 mostra le medie, le deviazioni standard e il coefficiente Alpha di ciascuna scala.

Tabella 18: medie, deviazioni standard e coefficiente alpha

	SCALE USA DELL'IPO		
	M	DS	ALPHA
DIFESE	32,2	8,3	.828
IDENTITA'	41,6	11,5	.887
ESAME DI REALTA'	31,1	8	.834
	SCALE ITALIANE DELL'IPO		
	M	DS	ALPHA
SE'	35,7	10	.879
OGGETTO	38,9	10,7	.878
REALTA'	12,1	3,5	.674 (<.70)

I risultati dell'Alpha di Cronbach, come avevamo ipotizzato, confermano la consistenza interna dello strumento anche nel suo adattamento alla popolazione italiana. Come per il calcolo del test retest, l'unica scala della struttura fattoriale emersa dal nostro studio italiano che non conferma i risultati attesi di una buona attendibilità è il fattore della Distorsione della Realtà.

3.5.8 Analisi delle variabili socio demografiche

Per valutare la capacità dell'IPO di rilevare le variabili studiate nella popolazione italiana, è stata valutata l'interferenza delle variabili socio-demografiche sui risultati della popolazione non clinica. Le variabili confrontate per verificare ulteriormente l'attendibilità dell'IPO hanno prodotto i seguenti risultati:

- 1) Per la variabile sesso sono stati confrontati due gruppi tratti dal campione non clinico di 123 soggetti maschi e 123 soggetti femmine appaiati per età. Dall'analisi del test t di Student per campioni indipendenti non sono state evinte differenze statisticamente significative a nessuna delle scale dell'IPO, considerando sia la versione americana che quella italiana, così come avevamo ipotizzato.
- 2) Per quanto riguarda la variabile età sono stati considerati tre gruppi, tratti dal campione non clinico, di 58 soggetti ciascuno appaiati per sesso e divisi per fascia di età in tardo adolescenti (età compresa tra i 18 e i 22 anni), giovani adulti (età compresa tra i 23 e i

35 anni) e adulti (età compresa tra i 36 e i 66 anni). Per mezzo della statistica ANOVA abbiamo confrontato le medie delle tre scale della versione USA dell'IPO da cui è emersa una differenza statisticamente significativa. Abbiamo, perciò, proseguito con l'analisi dei test post hoc e abbiamo rilevato che a tutte tre le scale, Difese Immature, Diffusione dell'Identità ed Esame di Realtà, il gruppo dei tardo adolescenti ha ottenuto delle medie significativamente maggiori rispetto agli altri due gruppi, giovani adulti e adulti (vedi tabella 19). Questo dato conferma solo parzialmente la nostra ipotesi iniziale per cui non ci sarebbero state differenze rispetto alla variabile età dei soggetti.

Tabella 19: confronto delle medie rispetto alla variabile età nella versione USA dell'IPO.

	DIFESE	IDENTITA'	ESAME DI REALTA'
TARDO ADOLESCENTI	35	45	35
GIOVANI ADULTI	30	40	31
ADULTI	32	39	30
F / Sign.	F= 4,8 sign. .010	F= 4,7 Sign. .010	F= 5 Sign. .007

L'analisi ANOVA è stata condotta anche per la versione italiana dell'IPO, dove sono risultate delle differenze statisticamente significative solo ai due fattori Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà. Dall'analisi dei post hoc abbiamo potuto rilevare che anche in questa versione dello strumento è il gruppo dei tardo adolescenti che ottiene delle medie statisticamente superiori alle due scale rispetto ai giovani adulti e agli adulti (Vedi Tabella 20).

Tabella 20: confronto delle medie rispetto alla variabile età nella versione italiana dell'IPO

	SE	OGGETTO	REALTA'
TARDO ADOLESCENTI	37	44	14
GIOVANI ADULTI	34	36	12
ADULTI	35	36	12
F/ Sign.	N.S.	F= 9,2 Sign. .000	F= 4,4 Sign. .013

- 3) Per testare l'eventuale interferenza della variabile istruzione il campione non clinico è stato diviso in due gruppi: quello dei laureati che conta 245 soggetti e quello dei non laureati che ne comprende 231.

Dall'analisi della t di Student per campioni indipendenti dei risultati della versione USA dell'IPO, abbiamo rilevato che l'unico fattore a mostrare una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi è quello dell' Esame di Realtà. L'Esame di Realtà risulta essere maggiore nel gruppo dei non laureati ($t= 24,5$, sign..000), come mostra la Tabella 21.

Tabella 21:confronto delle medie rispetto alla variabile istruzione nella versione USA dell'IPO

	DIFESE	IDENTITA'	ESAME DI REALTA'
NON LAUREATI	34	43	33
LAUREATI	30	39	28
T di Student	N.S.	N.S.	$t=24,5$ Sign. .000

Questo risultato conferma solo parzialmente la nostra ipotesi iniziale che sosteneva una mancanza di differenze ai punteggi delle tre scale della versione originale dell'IPO tra diversi livelli di istruzione dei soggetti.

L'analisi del t di Student è stata condotta anche sulle dimensioni della struttura fattoriale italiana dell'IPO e dai risultati è emerso che le scale Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà

hanno medie più elevate nel gruppo dei non laureati rispetto a quelle del gruppo laureati (Vedi Tabella 22).

Tabella 22: confronto delle medie rispetto alla variabile istruzione nella versione italiana dell'IPO.

	SE	OGGETTO	REALTA'
NON LAUREATI	37	40	13
LAUREATI	34	36	11
T di Student	N.S.	t= 21,2 Sign. .000	t=49,2 Sign. .000

- 4) Per quanto riguarda la provenienza geografica il gruppo non clinico è stato diviso sulla base della regione di provenienza in 284 partecipanti del Centro-Sud Italia (Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) e 192 partecipanti provenienti dal Nord Italia (Umbria, Marche, Emilia Romagna, Lombardia) e sono state confrontate le medie dei fattori dell'IPO sia nella sua versione USA che in quella italiana. La t di Student per campioni indipendenti adottata per questi confronti non ha dato risultati significativi a nessun fattore. Questo dato ha confermato la nostra ipotesi di partenza per cui non ci aspettavamo differenze all'IPO tra soggetti provenienti da regioni di Italia differenti.

3.6 Discussione dei risultati

I risultati fin qui presentati riguardano la parte iniziale e principale del nostro lavoro di ricerca, che ha avuto come obiettivo quello di mettere a punto una versione italiana dell'IPO e testarne le proprietà psicometriche su un gruppo di partecipanti rappresentanti della popolazione italiana. Per quanto riguarda la grandezza il campione appare adeguato per il numero dei soggetti (N: 476) allo scopo di condurre un'analisi fattoriale sulla versione dell'IPO che conta 57 item. Per quanto riguarda le caratteristiche socio anagrafiche, invece, il campione non è stato sufficientemente bilanciato in relazione alle variabili sesso, età e provenienza geografica: il numero delle donne è superiore a quello degli uomini, il

numero dei giovani adulti è più elevato rispetto ai tardo adolescenti e agli adulti e il numero dei partecipanti provenienti dal centro-sud è superiore rispetto a quelli dell'Italia settentrionale.

Il campione tratto dalla popolazione non clinica ha dichiarato di non aver mai sofferto e richiesto aiuto per difficoltà psicopatologiche ma, limite di questo studio, è non aver introdotto un accertamento diagnostico con uno strumento standardizzato. Il gruppo non clinico è stato poi confrontato con un gruppo tratto dalla popolazione clinica perché l'IPO è stato pensato come un test diagnostico ed era, dunque, necessario esaminarne l'attendibilità in termini di capacità di discriminare e differenziare soggetti patologici da soggetti non patologici.

Per quanto riguarda il gruppo clinico: il campione non è stato costruito in modo randomizzato ma i partecipanti sono stati selezionati, in base alla loro disponibilità a firmare il consenso informato ad entrare nella ricerca, fra quelli in trattamento presso dei centri di salute mentale della Asl Roma A. Di conseguenza, il gruppo clinico -come è stato detto- non risulta bilanciato né rispetto alle variabili socio demografiche, sesso, età e provenienza geografica, né rispetto alla diagnosi clinica. La diagnosi, che abbiamo utilizzato come criterio standard, è quella emessa dal servizio per mezzo del manuale ICD IX, non abbiamo utilizzato degli strumenti diagnostici standardizzati per fare un accertamento sulla valutazione riportata nella cartella clinica dal servizio, né abbiamo utilizzato una procedura operazionalizzata.

Un'importante risultato è stato quello emerso dall'analisi fattoriale: una struttura dell'IPO differente rispetto a quella originale americana. Il lavoro americano, infatti, aveva confermato, in linea con il costrutto teorico di riferimento, che gli item del questionario potevano essere raggruppati in tre fattori, rappresentanti dei tre criteri diagnostici del modello di Kernberg: Difese Primitive, Diffusione dell'Identità ed Esame di Realtà. Il lavoro di Lenzenweger et al (2001) aveva però messo in evidenza che una seconda soluzione fattoriale accettabile era a due fattori: l' Esame di Realtà si distingueva dagli altri due che, per tipo di correlazione, potevano anche essere uniti in unico fattore. Il lavoro successivo di Ellison e Levy (2011) dove è stato ampliato il campione, invece, ha confermato la

struttura originale a tre fattori. Entrambi i lavori, però, hanno adottato un'analisi fattoriale di tipo confermativo, vincolandoli comunque ad una struttura teorica. La nostra analisi fattoriale, invece, è stata di tipo esplorativo, con l'obiettivo di indagare se e come gli item si raggruppavano senza vincolarli ad un modello precostituito. La struttura emersa in questo lavoro comprende sempre tre fattori che tuttavia raggruppano gli item in un modo differente da quello previsto dagli Autori: il primo fattore coinvolge tutti gli item dove è riportata una descrizione di sé, per questo è stato denominato Rappresentazione di Sé, il secondo fattore, invece, riporta i descrittori che il soggetto utilizzerebbe per rappresentare comportamenti e/o caratteristiche degli altri e degli elementi che si riferiscono comunque al mondo esterno con cui entra in relazione e perciò è stato chiamato Rappresentazione dell'Oggetto. Questi primi due fattori comprendono sia item che, nella versione originale dello strumento, indicavano l'uso di difese immature, sia item relativi alla diffusione dell'identità e qualche item prima interpretato come indicatore della perdita dell'esame di realtà. Il terzo fattore, quello che dalle correlazioni sembra maggiormente indipendente dagli altri due, è composto da soli 9 item, che appartengono alla scala dell'Esame di Realtà della versione originale dell'IPO. Nella soluzione fattoriale emersa dal nostro studio, però, questo fattore seleziona soltanto quegli item che si riferiscono esplicitamente a percezioni o interpretazioni deliranti, dunque chiari indicatori di una perdita della capacità di discernere fra realtà e fantasia o allucinazioni. Così questi primi risultati ci hanno permesso di mettere a punto una nostra versione dell'IPO che considera la struttura fattoriale emersa dal nostro studio, differente dalla versione originale, che conta 47 item poiché sono stati tolti tutti quelli che non mostravano adeguate saturazioni ai fattori.

Rilevata questa prima versione italiana dello strumento ci è sembrato importante condurre tutte le altre verifiche di attendibilità e validità parallelamente per tutte e due le versioni dell'IPO e accertarne le caratteristiche psicometriche, mettendole anche a confronto l'una con l'altra.

Per quanto riguarda la validità convergente e discriminante i risultati delle correlazioni con gli altri due strumenti mostrano dei risultati in linea con il costrutto di riferimento dell'IPO: entrambe le versioni fattoriali correlano in modo significativo e negativo con tutte le scale del Benessere Psicologico e con i due

fattori dei Big Five, Amicalità e Stabilità Emotiva. Questo dato, che mostra una coerenza tra le due versioni fattoriali, indica anche che quanto più una persona ottiene punteggi elevati all'IPO, dunque tanto più la sua organizzazione di personalità risulta compromessa, minore sarà la sua capacità di essere autonoma, di avere e mantenere degli scopi nella vita, di accettare sé stessa, di avere delle buone relazioni con gli altri, di avere un buon controllo sulla sua vita e le sue attività, scarsa capacità di vedere e costruire delle prospettive di crescita per sé stesso. Inoltre, la struttura di personalità meno integrata è correlata ad una minore capacità di avere e mantenere relazioni di amicizia, in termini di cordialità e cooperatività con l'altro, e ad una minore capacità di mantenere stabile l'espressione della propria emotività, cioè di gestire emozioni e impulsi. Questi risultati rimandano alla descrizione delle tre organizzazioni principali della personalità, Nevrotica, Borderline e Psicotica (Kernberg, 2004), dove viene sottolineato che la struttura della personalità normale "è preconditione fondamentale per un'autostima normale, per la capacità di stare bene con sé stessi e per quella di amare la vita. Una visione integrata di sé stessi assicura la capacità di realizzare i propri desideri, di utilizzare al meglio le proprie capacità e di dedicarsi a impegni a lungo termine. Una visione integrata degli altri significativi garantisce la capacità di valutare correttamente le altre persone, di provare empatia e di investire emotivamente sulle persone" (Kernberg, 2004 p.8), inoltre l'Autore sottolinea che un'organizzazione di livello "nevrotico" che corrisponde al funzionamento prevalente della popolazione non clinica, si contraddistingue per una adeguata forza dell'Io e per un' Identità coesa che si traduce "nella capacità di controllare i propri affetti e i propri impulsi [...] Coerenza, persistenza e creatività nel lavoro e nelle relazioni interpersonali" (Kernberg, 2004 p.8-9). I risultati delle analisi delle correlazioni fra l'IPO e gli altri due questionari adottati nel nostro studio, dunque, sono una buona prova della validità di costrutto della versione italiana dell'IPO. Un'ulteriore prova della validità dell'IPO sono i risultati delle analisi discriminanti: il test, nelle due versioni italiana e americana, ha una buona capacità di discriminare 78 soggetti tratti dalla popolazione clinica da 78 soggetti non clinici appaiati adeguatamente. Delle due versioni risulta che i fattori che maggiormente discriminano questi due gruppi sono le Difese Immature, per la versione USA, e la Distorsione della Realtà, per la versione italiana. Invece,

provando ad effettuare un'analisi discriminante tra il gruppo dei soggetti con diagnosi di psicosi e i soggetti clinici con altri tipi di diagnosi si evince che solo la versione USA abbia questa capacità e che in particolare sia il fattore Esame di Realtà ad essere quello che maggiormente riesce a distinguere i due gruppi. Abbiamo letto questo dato considerando la bassa numerosità del gruppo clinico e soprattutto che le diverse categorie diagnostiche non sono adeguatamente rappresentate. Inoltre i soggetti con diagnosi di schizofrenia o altra forma psicotica sono stati reclutati in servizi di cura e riabilitazione dove, mediamente, vengono seguiti da cinque anni. Nessuno di loro attraversava una fase acuta della malattia né mostrava una florida sintomatologia positiva. Questo risultato è in linea con le differenze rilevate tra le due strutture fattoriali rispetto, in particolare, al terzo fattore che riguarda il rapporto con la realtà. L'Esame di Realtà della struttura americana coinvolge un maggiore numero di item che riguardano non solo disturbi franchi del pensiero e della percezione, ma anche un rapporto inadeguato con la realtà dovuto ad una lettura troppo soggettiva e carica di proiezioni di parti patologiche di sé. Questo tipo di distorsione del rapporto con la realtà, come scrivono Clarkin e Caligor (2010) , non riguarda una peculiare caratteristica dei soggetti con psicosi ma anche certe strutture borderline che, nonostante non presentino deliri o allucinazioni, leggono e hanno un rapporto con la realtà filtrato dal loro uso massiccio di difese immature e dalla loro diffusione dell'identità. Il fattore dell'Esame di Realtà rimanda ad un senso di realtà sociale che si riferisce non solo ai sintomi positivi delle psicosi ma anche a tutti quei comportamenti che determinano una distorsione del rapporto con la realtà esterna ed una difficoltà conseguente nell'adattamento sociale (Clarkin e Caligor,2010). Kernberg stesso scrive che per valutare l'esame di realtà vanno osservati non solo "a) assenza di allucinazioni e deliri;" -ma anche- "b) l'assenza di affetti, contenuti di pensiero o comportamenti grossolanamente inappropriati o bizzarri; c) la capacità del paziente di provare empatia" (Kernber, 1984, p.31). La nostra versione fattoriale, invece, isola nel terzo fattore solo quei nove item dell'Esame di Realtà che riguardano deliri e allucinazioni franchi distinguendoli da tutti gli altri item che si suddividono equamente tra gli altri due fattori come indicatori di modalità di rappresentare sé stessi e l'oggetto. Dunque, forse proprio perché i soggetti psicotici del nostro campione non stavano attraversando una

fase acuta della malattia, la nostra versione fattoriale non è riuscita a discriminare questi due gruppi che invece sono significativamente distinti dai tre fattori originali. Già Kernberg nel suo scritto del 1984, dove indicava l'esame di realtà come un criterio discriminante una struttura borderline da una psicotica, precisava che “ durante i periodi di latenza, alcuni pazienti schizofrenici cronici sembrano “rimarginarsi” e presentare un'organizzazione nevrotica della personalità; altri presentano un'organizzazione della personalità al limite; altri ancora presentano una tipica regressione psicotica se esaminati con il metodo strutturale durante i periodi di remissione clinica, manifestando il permanere o il persistere di una struttura essenzialmente psicotica. Perciò, non è detto che la struttura di personalità degli schizofrenici cronici sia uniforme durante le fasi di remissione: sulla base dei criteri strutturali, si potranno distinguere i soggetti con vera e propria organizzazione psicotica cronica dalla personalità di quelli che presentano un livello superiore di “rimarginazione”” (Kernberg, 1984, p.38).

Questa carenza psicometrica emersa della versione italiana dell'IPO andrà adeguatamente approfondita aumentando e bilanciando delle categorie cliniche e conducendo degli accertamenti diagnostici con procedure adeguatamente standardizzate.

Anche per quanto riguarda l'attendibilità, l'IPO ha mostrato buone proprietà psicometriche sia nella sua versione originale che in quella italiana da noi rilevata. Tutte le scale di entrambe le versioni mostrano buone caratteristiche operative, in particolare una significativa accuratezza: questo dato indica che, rispetto al criterio standard adottato che è la valutazione clinica in ICD IX emessa dal servizio a cui il gruppo clinico si è rivolto, l'IPO è altrettanto accurato nel distinguere i due gruppi di soggetti, clinico e non clinico. Anche il test-retest e l'Alpha di Cronbach hanno indicato buone caratteristiche di stabilità dello strumento: in entrambe le analisi solo la Distorsione della Realtà della versione italiana dell'IPO non mostra risultati significativi, questo potrebbe essere dovuto al basso numero degli item che la compongono, che rendono questo fattore poco preciso. Sicuramente, come per le analisi discriminanti, questo risultato dovrà essere approfondito aumentando la numerosità e la rappresentatività del gruppo clinico.

Inoltre, come prova dell'attendibilità dello strumento sono stati confrontati dei gruppi non clinici che si distinguessero per sesso, età, livello di istruzione e provenienza geografica. Per entrambe le soluzioni fattoriali la variabile sesso e la variabile provenienza geografica non determina delle differenze tra i gruppi: indice di buona stabilità dell'IPO in entrambe le versioni. Per quanto riguarda la fascia di età, invece, i tardo adolescenti mostrano punteggi significativamente più alti in entrambe le versioni fattoriali rispetto ai giovani adulti e agli adulti: questo dato potrebbe essere dovuto ad una differenza strutturale evolutiva tra i soggetti con età inferiore ai 22 anni e quelli che invece hanno un'età compresa tra i 23 e i 66. In particolare i tardo adolescenti non mostrano differenze significative rispetto agli altri due gruppi solo per i punteggi ottenuti al fattore della versione italiana Rappresentazione di Sé. Gli altri due gruppi dei giovani adulti e degli adulti non mostrano, invece, alcuna differenza a nessuna scala delle due versioni del test. Sappiamo che, proprio perché gli adolescenti in generale mostrano un'instabile organizzazione strutturale della personalità, dovuta alla fase evolutiva che si trovano ad affrontare, per cui è più difficile rilevare e distinguere un comportamento patologico da uno che non lo è, il gruppo di ricerca degli Autori dell'IPO sta mettendo appunto una versione per adolescenti dello strumento che non è ancora stata ultimata. Inoltre delle differenze sono state rilevate rispetto alla variabile istruzione: il gruppo dei non laureati mostra di avere punteggi più alti rispetto al gruppo dei laureati al fattore USA dell'Esame di Realtà e ai fattori italiani Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà. Il passo successivo sarà quello di verificare se questo dato può essere dovuto ad una modalità di formulazione degli item troppo sofisticata e di difficile comprensione che potrebbe essere adeguata e resa maggiormente semplice ed alla portata di differenti fasce culturali di soggetti. Oppure è presente una differenza nel tipo di rapporto con la realtà e con la sua interpretazione e nella comprensione dell'altro tra chi ha un livello di istruzione più basso e chi ce ne ha uno più alto.

Complessivamente il nostro lavoro ha messo in evidenza delle buone proprietà psicometriche dell'IPO anche rispetto ad un gruppo di soggetti italiano. La versione fattoriale emersa dai nostri dati è abbastanza attendibile e valida anche se andrebbe approfondito il fattore della Distorsione della Realtà che non mostra sempre buoni risultati. La versione originale, invece, nonostante non sia stata

confermata dall'analisi fattoriale, mostra di essere valida e attendibile rispetto al nostro campione italiano. L'IPO, da questo studio, risulta essere anche un adeguato strumento per condurre delle valutazioni diagnostiche e differenziare soggetti clinici da soggetti non clinici.

Questo lavoro, nonostante i promettenti risultati, non si pone come una standardizzazione definitiva dello strumento ma come una prima fase del lavoro di adattamento italiano che andrebbe, a nostro avviso, ampliato e ripetuto per verificare le qualità psicometriche della struttura fattoriale emersa, costruendo un campione maggiormente rappresentativo della popolazione non clinica e clinica italiana.

CAPITOLO 4

STILI E ORGANIZZAZIONI DI PERSONALITA': UNA PROPOSTA DI ASSESSMENT MULTISTRUMENTALE

4.1 Obiettivi

Il seguente lavoro è una proposta di valutazione clinico-diagnostica di un gruppo di pazienti seguiti presso un Centro di Salute Mentale (CSM) romano in psicoterapia.

Sempre nell'ottica di condurre uno studio che potesse contribuire all'adattamento italiano dell'IPO abbiamo aggiunto questo strumento, in quanto fornisce degli indicatori strutturali della personalità, ad una batteria di test che tracciano un profilo a più livelli del funzionamento del paziente. Questi dati fanno parte di un lavoro frutto di una collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università Sapienza di Roma e la Asl Roma A, i due Istituti da diversi anni collaborano al fine di ottenere dei risultati utili per una valutazione empirica dei servizi erogati e, allo stesso tempo, rilevanti al livello clinico (De Coro et al., 2010, De Coro, Andreassi, Crisafulli, 2011).

L'IPO, proprio per la sua praticità ed economicità, è stato introdotto nel protocollo di *assessment* previsto dal progetto di questo studio più ampio e abbiamo appurato quanto sia agevole in contesti istituzionali, poiché permette in tempi rapidi di fare una valutazione strutturale di un certo numero di soggetti. L'IPO è nato, per l'appunto, come una misura dei principali criteri strutturali, rilevazione e distinzione dei pazienti con un'organizzazione borderline della personalità in un ospedale psichiatrico universitario, dove si lavora per cercare di offrire una buona clinica che abbia anche delle solide radici empiriche.

Questo studio, dunque, si pone principalmente due obiettivi: ottenere una valutazione che consideri le caratteristiche sintomatiche, strutturali e dimensionali della personalità di un gruppo di pazienti afferenti ad un

servizio pubblico italiano, in un'ottica di integrazione tra pratica clinica e ricerca empirica, ed in secondo luogo ottenere degli ulteriori dati a favore della buona validità dell'IPO, considerandone la capacità di correlare con altri strumenti di valutazione diagnostica somministrati ad un gruppo di pazienti di un servizio psicologico italiano. Vogliamo anche verificare se, limitatamente al campione in esame e alle sue caratteristiche diagnostiche, le scale dell'IPO variano sulla base di diversi profili e disturbi della personalità dei pazienti, ulteriore conferma di validità sia per quanto riguarda la versione originale dello strumento sia per quanto concerne i fattori rilevati dal nostro lavoro di adattamento italiano (vedi capitolo 3).

4.2 Ipotesi operative

Prefissati i suddetti obiettivi sono state sviluppate le seguenti ipotesi operative:

- 1) Dall'analisi delle medie dei punteggi ottenuti alle scale dell'IPO ci aspettiamo che il nostro gruppo clinico superi, mediamente, i punteggi *cut off* individuati dal lavoro sulle caratteristiche psicometriche dell'IPO (vedi capitolo 3) in particolare alle scale delle Difese Immature e della Diffusione dell'Identità per quanto riguarda la versione USA del test e la Rappresentazione di Sé e dell'Oggetto per quanto riguarda la versione italiana.
- 2) Dividendo il nostro gruppo di soggetti sulla base di chi soddisfa i criteri per avere una diagnosi di disturbo della personalità attraverso la SWAP-200 e chi non li soddisfa, ipotizziamo che le scale dell'IPO Difese Immature, Diffusione dell'Identità, Rappresentazione di Sé e Rappresentazione dell'Oggetto, abbiano punteggi significativamente più elevati nel gruppo di coloro che hanno una diagnosi di disturbo della personalità rispetto a chi non ce l'ha.
- 3) Distinguendo, sulla base dei punteggi ottenuti alla SWAP-200, i soggetti in personalità anaclitiche (punteggi più elevati alle dimensioni borderline, istrionica, evitante e dipendente) e personalità introiettive (punteggi più elevati alle dimensioni paranoide, schizoide, schizotipica, antisociale, narcisistica e ossessiva), secondo il modello di Blatt e Levy (1998) ci

aspettiamo che il gruppo delle personalità anaclitiche abbia punteggi significativamente più elevati ai fattori Rappresentazione di Sé e dell'Oggetto della versione italiana dell'IPO, poiché questo gruppo di disturbi fa maggior riferimento ad una incapacità di instaurare e mantenere dei rapporti soddisfacenti con gli altri basati su una adeguata rappresentazione interna di sé, dell'altro e della relazione tra sé e l'altro; sono pazienti che presentano problemi prevalenti nelle relazioni interpersonali e sono più sensibili a problematiche connesse all'attaccamento libidico, alla fiducia, all'accudimento, all'intimità e alla sessualità. A differenza delle personalità introiettive che invece sono maggiormente impegnati nello stabilire e mantenere un senso del sé stabile e vitale e presentano aspetti problematici che si incentrano attorno al senso di colpa, all'autocritica, alla definizione e al valore di sé e della propria autonomia (Blatt e Levy, 1998).

- 4) Si ipotizza una correlazione positiva tra gravità dei tratti patologici della personalità misurati con la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200, Shedler & Westen, 1999 a/b) e le scale dell'IPO, sia nella versione originale, Difese Immature e Diffusione dell'Identità, sia quelle della versione italiana, Rappresentazione di Sé e Rappresentazione dell'Oggetto. In particolare ipotizziamo di ottenere correlazioni positive con i tratti Borderline, Narcisistico, Istrionico, Sadomasochistico e negative con i fattori Ossessivo e Depressivo. Inoltre ci aspettiamo che i fattori dell'IPO, di entrambe le versioni, correlino in modo negativo con l'indice di Alto Funzionamento misurato con la SWAP-200.
- 5) Ci aspettiamo anche delle correlazioni negative e positive tra le scale dell'IPO, nelle sue due versioni, e i meccanismi di difesa rilevati con la Response Evaluation Measure -71 (REM-71, Steiner, Araujo, Koopman, 2001; adattamento italiano: Prunas et al., 2009): in particolare ipotizziamo che il fattore delle Difese Immature dell'IPO corredi con il fattore delle difese immature della REM-71 in modo positivo, che le difese di tipo immaturo correlino anche con la Diffusione dell'Identità e con le Rappresentazioni di Sé e dell'Oggetto. Inoltre è attesa correlazione negativa tra Difese Immature, Diffusione dell'Identità, Rappresentazione

di Sé e dell'Oggetto misurate con l'IPO e il fattore delle difese mature della REM-71.

- 6) Ipotizziamo, inoltre, che ci siano delle correlazioni di tipo positivo e significativo tra i fattori dell'IPO, Immaturità delle Difese, Diffusione dell'Identità ed Esame di Realtà, della sua versione originale e i tre fattori, Rappresentazione di Sé, Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà della versione italiana, e il livello di gravità dei diversi sintomi rilevati attraverso la Symptom Check List-90 Revised (SCL-90, Derogatis L.R., 1983; adattamento italiano: Derogatis, Dalla Pietra, 1994).

4.3 Metodologia

4.3.1 Campione

Il gruppo clinico su cui abbiamo effettuato la raccolta dei dati è costituito da utenti di uno dei CSM della Asl RMA che hanno acconsentito e sottoscritto di partecipare ad una ricerca sulla valutazione del processo e degli esiti delle psicoterapie in campo istituzionale.

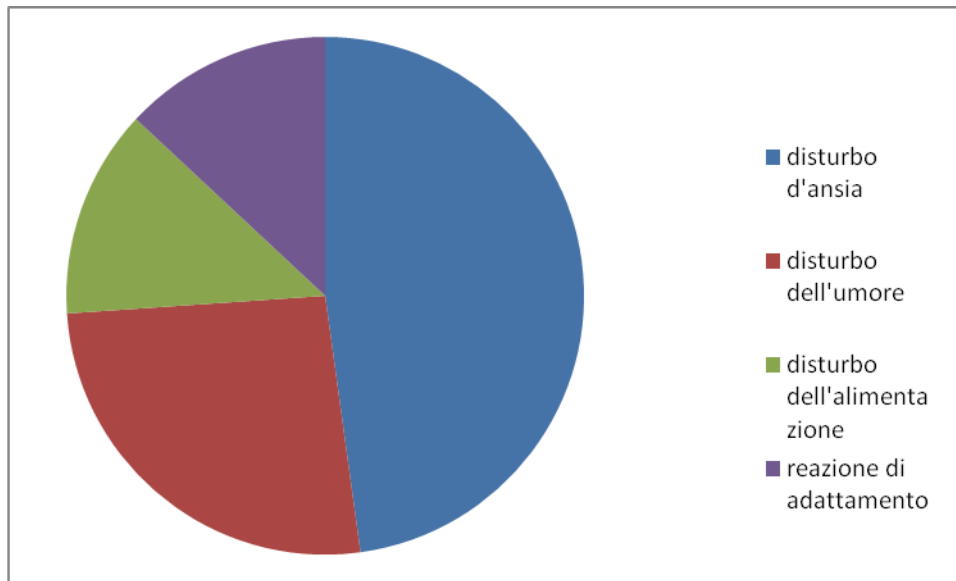
Questi soggetti hanno fatto i due colloqui clinici di *routine* previsti dal servizio e avuto una diagnosi clinica in ICD IX¹. A tutti è stata proposta una psicoterapia con cadenza di una volta a settimana. Prima di cominciare il trattamento tutti i soggetti hanno compilato gli strumenti *self report* previsti dal protocollo di ricerca.

Il gruppo conta 23 soggetti di cui 8 (34,8 %) maschi e 15 (65,2%) femmine che hanno un'età media di 30 anni (ds=7) compresa tra i 21 e i 42 anni.

Dalla valutazione emessa dal servizio per mezzo dell'ICD IX risultano le seguenti diagnosi: 11 disturbo d'ansia, 6 disturbo dell'umore, 3 disturbo dell'alimentazione e 3 reazione di adattamento. (Vedi Grafico 1).

¹ Il Sistema Sanitario Nazionale vincola i servizi pubblici ad effettuare una diagnosi psichiatrica nella versione IX del Manuale ICD, nonostante nel 1992 l'OMS ne abbia pubblicato la X versione.

Grafico 1: Diagnosi ICD IX



4.3.2 Strumenti e Procedure

4.3.2.1 Inventory of Personality Organization

L'Inventory of Personality Organization (IPO; Foelsch et al., 2000; Kernberg & Clarkin, 1995) è lo strumento *self report* oggetto del nostro studio più ampio che ha lo scopo di adattarlo ad una popolazione italiana. Dal nostro precedente lavoro sull'analisi delle sue caratteristiche psicometriche, su un campione non clinico tratto dalla popolazione italiana, è emersa una struttura fattoriale che raggruppa 46 item in tre scale: Rappresentazione di Sé che comprende 21 item che descrivono una percezione distorta che il soggetto ha di sé stesso, Rappresentazione dell'Oggetto che conta 17 item che esprimono una distorsione nella valutazione di un altro o altri ipotetici da parte del soggetto e Distorsione della Realtà composta da 9 item, descrizioni di disfunzioni della percezione e del pensiero.

Le tre scale sono valutate su una scala likert prevista dagli Autori del test a 5 punti (1= non è mai vero, 2= è raramente vero, 3= alcune volte è vero, 4= è spesso vero e 5= è sempre vero).

Inoltre, per questo studio, abbiamo considerato anche la versione originale dell'IPO (Lenzenweger et al, 2001) che conta 57 item suddivisi nei tre criteri strutturali del modello di Kernberg: Difese Immature, Identità Diffusa, Esame di Realtà. Le due versioni dello strumento, per trarre un'ulteriore prova di validità dell'IPO, verranno utilizzate parallelamente.

L'IPO è stato somministrato ai 23 soggetti insieme ad una batteria di questionari *self report* dopo i colloqui clinici condotti dal servizio e in seguito ad aver firmato un consenso informato a partecipare alla ricerca.

4.3.2.2 Shedler-Westen Assessment Procedure-200

La Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Westen, Shedler 1999 a, 1999b; Westen, Shedler, Lingardi, 1998) è una procedura *report form* che permette di individuare disturbi e tipologie della personalità, sana e patologica, di individui adulti. Il presupposto teorico su cui è fondata (Westen, 1998 b) intende i tratti come “tendenze a reagire in modi specifici e relativamente stabili a situazioni intrapersonali e interpersonali vissute in modo analogo” (Gazzillo, 2009 p.209), che sono osservati in un'ottica dimensionale, per cui una caratteristica non è valutata solo in quanto presente o assente (ottica categoriale) ma piuttosto in quale misura sia presente ed insieme a quali altre caratteristiche. Secondo questa concezione, dunque, invece di puntare ad una diagnosi “esclusiva” che corrisponde al meglio alla descrizione tipologica di quel paziente, l'obiettivo diventa quello di ottenere un profilo di personalità che in modo congruente con la complessità della realtà clinica, presenti la mescolanza delle diverse tipologie. La SWAP-200 mantiene comunque un ancoraggio alle valutazioni categoriali dei disturbi di personalità che assume come dei prototipi a cui si fa riferimento per la valutazione di un dato soggetto e,

oltre a fornire una valutazione dei tratti patologici, fornisce anche delle indicazioni sulle risorse del soggetto stesso.

La SWAP-200 è l'implementazione di una procedura Q-sort composta da 200 item che descrivono operativamente le caratteristiche principali della personalità normale e patologica. Un Q-Sort (Block,1978) è una procedura che prevede che gli item vengano assegnati a delle categorie di punteggi sulla base del grado di descrittività dell'item rispetto al soggetto in esame. Le categorie previste dalla SWAP-200 sono 8: da 0 che indica che l'item non sia assolutamente descrittivo, a 7 che invece rimanda a quegli item particolarmente e maggiormente aderenti alla descrizione del soggetto.

Gli item devono essere assegnati tenendo presente una distribuzione fissa, ciò riduce i *bias* legati al valutatore, cioè alle distorsioni sistematiche dovute alla tendenza a dare sempre punteggi estremi o intermedi. La distribuzione prevista dalla SWAP si approssima alla metà destra di una curva normale, in cui si lascia alla pila 0 (item non descrittivi) la metà degli item totali (N=100). (Vedi Tabella 1).

Tabella 1: Distribuzione fissa della SWAP-200.

Pila	0	1	2	3	4	5	6	7
Item	100	22	18	16	14	12	10	8

I 200 item sono formulati in un linguaggio semplice, sono derivati da descrizioni dell'Asse II del DSM, qualcosa dell'Asse I del DSM, dalla letteratura clinica ed empirica degli ultimi cinquanta anni sulla personalità, disturbi di personalità, meccanismi di difesa e coping, stili cognitivi e dall'esperienza clinica degli Autori. Dopo averli costruiti, infatti, gli Autori hanno sottoposto a mille clinici i 200 item che sono stati ritenuti adeguati a descrivere il funzionamento dei loro pazienti (Westen e Shedler, 1999 a).

Per mezzo della SWAP-200 è possibile ottenere una valutazione articolata ed attendibile, effettuata dal clinico, della personalità del paziente, distinguendo fra la presenza di tratti di personalità e la presenza di disturbi di personalità. La diagnosi può essere fatta in Fattori PD o in Fattori Q.

I fattori PD derivano da descrizioni effettuate da clinici esperti rispetto a dei pazienti ideali che contemplassero i criteri per una valutazione categoriale di disturbo della personalità per mezzo dell'Asse II del DSM-IV. Ogni soggetto valutato con la SWAP, dunque, verrà confrontato con questi profili ideali e il programma dello strumento stesso calcolerà il grado di correlazione tra la descrizione del soggetto e i Fattori PD. I Fattori PD corrispondono ai 10 disturbi della personalità compresi nel DSM: Schizoide, Schizotipico, Paranoide, Antisociale, Borderline, Narcisistico, Istrionico, Ossessivo, Dipendente ed Evitante. La correlazione con i fattori PD viene standardizzata in punti T ($m = 50$, $ds = 10$) dunque un punteggio pari o superiore a 60 indica che la somiglianza tra il soggetto in esame e il fattore è una deviazione standard sopra la media per cui è possibile una diagnosi categoriale di disturbo della personalità. Se un punteggio è compreso tra 55 e 60 si può parlare di presenza forte di un certo tratto. La caratteristica della SWAP è quella che oltre una valutazione categoriale del paziente può essere tracciato un profilo dimensionale dato dalla valutazione del grado di presenza o assenza di tutti i fattori.

Un ulteriore fattore considerato è quello dell'Alto Funzionamento che rappresenta il prototipo di un paziente sano: se il punteggio a questo fattore supera il 60 non è possibile fare una diagnosi di disturbo della personalità anche se dovesse essere superato il punteggio di 60 per uno o più disturbi.

Oltre alla diagnosi in fattori PD, la SWAP permette la diagnosi in fattori Q.

I fattori Q sono delle descrizioni empiricamente derivate di pazienti reali che contemplavano una diagnosi di disturbo della personalità con il DSM. Il nome è dato dall'analisi (Q-factor analysis) eseguita al fine di sintetizzare le descrizioni dei pazienti reali nei sette fattori Q: fattore Q Disforico, fattore Q Antisociale-Psicopatico, fattore Q Schizoide, fattore Q Paranoide, fattore

Q Ossessivo, fattore Q Istrionico e fattore Q Narcisistico. Il 20% dei soggetti utilizzati per costruire i fattori rientrava nel fattore Q Disforico questo ha portato gli Autori ad effettuare una seconda Q-factor analysis al fattore individuandone cinque sottofattori: Evitante, Depressivo ad Alto Funzionamento, Emotivamente Disregolato, Dipendente- Masochista, con Esteriorizzazione dell'Ostilità. Anche attraverso questi fattori e al grado di correlazione tra una descrizione di un soggetto e i fattori Q si può stilare un profilo ed evidenziare la presenza di tratti patologici forti o più o meno presenti.

La SWAP è uno strumento poco intrusivo nella relazione terapeutica in quanto viene compilato dal clinico dopo i primi due o tre colloqui con il paziente. Nella nostra ricerca il clinico che cominciava la psicoterapia al paziente in esame lo compilava dopo i primi tre incontri con la guida di un tirocinante o specializzando che era stato addestrato all'uso dello strumento. La compilazione della SWAP è utile non solo per effettuare una diagnosi di disturbo della personalità ma, in particolare, per tracciarne un profilo dimensionale che contempla la presenza, in differenti misure, dei tratti patologici principali della personalità. (Vedi tabella 2).

Tabella 2: Fattori PD e Fattori Q della SWAP-200

FATTORI PD	FATTORI Q
Schizoide	Disforico
Schizotipico	Disforico-Evitante
Paranoide	Disforico-Depressivo A.F.
Antisociale	Disforico-Disregolato
Borderline	Disforico-Dipen.Masochista
Narcisistico	Disforico con ester.ostilità

Istrionico	Antisociale-Psicopatico
Ossessivo	Schizoide
Dipendente	Paranoide
Evitante	Ossessivo
Alto Funzionamento	Istrionico
	Narcisistico

4.3.2.3 Response Evaluation Measure- 71

La Response Evaluation Measure-71 (REM-71; Steiner, Araujo, Koopman, 2001) è un test *self-report* che misura il tipo e la qualità dei meccanismi di difesa messi in atto da un soggetto. E' stato costruito per ovviare ai problemi psicometrici del *Defense Style Questionnaire* (DSQ; Bond et al.,1983) che è uno dei test autosomministrati più citati dalle ricerche internazionali per misurare i meccanismi di difesa. I meccanismi di difesa sono definiti come strategie inconsce messe in atto, in modo automatico, per fronteggiare l'ansia, i pericoli o i fattori stressanti interni ed esterni, dall'individuo. Una misura *self-report* permette di catturarne i derivati consci. Il test è composto da 71 affermazioni che descrivono modalità di comportamento in diverse circostanze (in famiglia, con gli amici, sul lavoro); il soggetto risponde indicando un punteggio su una scala da 1 (del tutto insoddisfacente) a 9 (completamente soddisfacente), in base al grado di aderenza del descrittore con il proprio comportamento. Lo strumento comprende 21 meccanismi di difesa che si raggruppano in due Fattori (1 = difese immature e 2= difese mature). Il Fattore 1 comprende le difese: Acting Out, Scissione, Spostamento, Dissociazione, Fantasia, Onnipotenza, Aggressione passiva, Proiezione, Rimozione, Evitamento, Sublimazione, Conversione, Somatizzazione, Ritiro. Il Fattore 2, invece, riguarda le difese: Altruismo, Isolamento Affettivo, Umorismo, Idealizzazione, Intellettualizzazione, Formazione Reattiva, Repressione (Vedi Tabella 3).

Gli Autori dichiarano che punteggi più bassi al Fattore 1 e più alti al Fattore 2 sono predittori di “soddisfazione della propria vita e del sé” (Steiner et al, 2001a, p.3). La validità interna dello strumento è buona e la maggior parte delle difese satura in modo univoco in un solo fattore, le difese e i fattori sono correlati con i punteggi di soddisfazione della propria vita (Steiner et al.,2001b). Lo studio di validazione italiana è stato effettuato da Prunas et al. (2009) su un campione 1648 soggetti italiani con un'età compresa tra i 19 e i 68 anni. Dallo studio è stata confermata la struttura originale a due fattori, lo strumento mostra una buona stabilità e non risultano differenze significative dovute alle variabili età e sesso dei soggetti. Inoltre i due fattori hanno mostrato buone correlazioni con diversi domini della vita sia positivi che negativi. Il lavoro di standardizzazione italiana ha in particolare evidenziato la validità della REM-71 anche su una popolazione di cultura differente rispetto a quella della popolazione per cui è stato costruito, confermandone l'applicabilità a campioni italiani.

Nel nostro studio la REM-71 insieme all'IPO e all'SCL-90 è stata somministrata dopo i colloqui di valutazione e prima dell'inizio del trattamento previo consenso informato da parte dell'utente a partecipare alla ricerca.

Tabella 3: difese e fattori della REM-71

FATTORE 1	FATTORE 2
Acting Out	Altruismo
Scissione	Isolamento affettivo
Spostamento	Umorismo
Dissociazione	Idealizzazione
Fantasia	Intellettualizzazione
Onnipotenza	Formazione reattiva
Aggressione passiva	Repressione

Proiezione	
Rimozione	
Evitamento	
Sublimazione	
Conversione	
Somatizzazione	
Ritiro	

4.3.2.4 Symptom Check List-90

La Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis, 1983; adattamento italiano: Derogatis, Dalla Pietra, 1994) è una scala che valuta, attraverso una procedura *self-report*, nove dimensioni sintomatiche (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensibilità ai Rapporti Interpersonali, Depressione, Ansia, Ostilità, Ideazione Paranoide, Ansia Fobica, Psicoticismo). Permette di ottenere un punteggio che indica la severità complessiva dei sintomi (Global Severity Index, GSI), un indice del grado di sofferenza soggettiva percepita rispetto alla sintomatologia rilevata (Positive Symptom Disease Index, PSDI) e un indicatore della quantità di sintomi positivi (Positive Symptom Total, PST) (Vedi Tabella 4). Lo strumento si compone di 90 item, descrittori di sintomi, ai quali il soggetto risponde segnando un punteggio su una scala likert che va da 0 (per niente) a 4 (moltissimo), in base allo stato sintomatico della settimana precedente. L'SCL-90-R è uno strumento di facile applicazione e ampiamente riconosciuto (Blomberg et al., 2001).

Attualmente l'SCL-90 è uno dei test più usati per configurare i sintomi psicologici in quanto ne rileva la gravità, discrimina i sintomi internalizzanti da quelli esternalizzanti e permette una distinzione tra gruppi clinici e non. Proprio per le

sue qualità è stato effettuato uno studio ulteriore di adattamento italiano da cui è emersa la versione *Revised* (Sarno et al., 2011).

L'SCL-90 è stata somministrata al nostro gruppo di soggetti insieme all'IPO e alla REM-71 prima dell'inizio della psicoterapia e previo consenso del soggetto a partecipare alla ricerca.

Tabella 4: le dimensioni dell'SCL-90

DIMENSIONI SINTOMATICHE E INDICI DELL'SCL-90
Somatizzazione
Ossessività- Compulsività
Sensibilità ai Rapporti Interpersonali
Depressione
Ansia
Ostilità
Ideazione Paranoide
Ansia Fobica
Psicoticismo
Global Severity Index (GSI)
Positive Symptom Disease Index (PSDI)
Positive Symptom Total (PST)

4.4 Analisi statistiche

Le analisi statistiche, per verificare le nostre ipotesi, sono state condotte per mezzo del programma Statistica per le Scienze Sociali (SPSS) versione 13.0.

Abbiamo analizzato le caratteristiche descrittive del nostro campione attraverso il calcolo delle medie e delle deviazioni standard ottenute rispetto alle scale dell'IPO, ai fattori della SWAP, alle difese della REM e alle dimensioni sintomatiche dell'SCL.

Il confronto dei punteggi ottenuti all'IPO, sia considerando la sua versione originale che quella italiana, tra soggetti che presentano un disturbo di personalità secondo i criteri della SWAP-200 e coloro a cui non è stato rilevato alcun disturbo della personalità, è stato fatto per mezzo della statistica *t* di Student per campioni indipendenti.

Il confronto dei criteri strutturali Rappresentazione del Sé e Rappresentazione dell'Oggetto misurate con l'IPO nelle due categorie di personalità anaclitiche e introiettive, rilevate dall'analisi dei punteggi ottenuti alla SWAP-200, è stato calcolato sempre attraverso la *t* di Student per campioni indipendenti.

Il calcolo delle correlazioni tra i criteri strutturali misurati con l'IPO, nelle due versioni americana e italiana, i fattori Q e PD della SWAP-200, le difese della REM-71 e le dimensioni sintomatiche dell'SCL-90 sono state analizzate attraverso l'indice di correlazione *r* di Pearson.

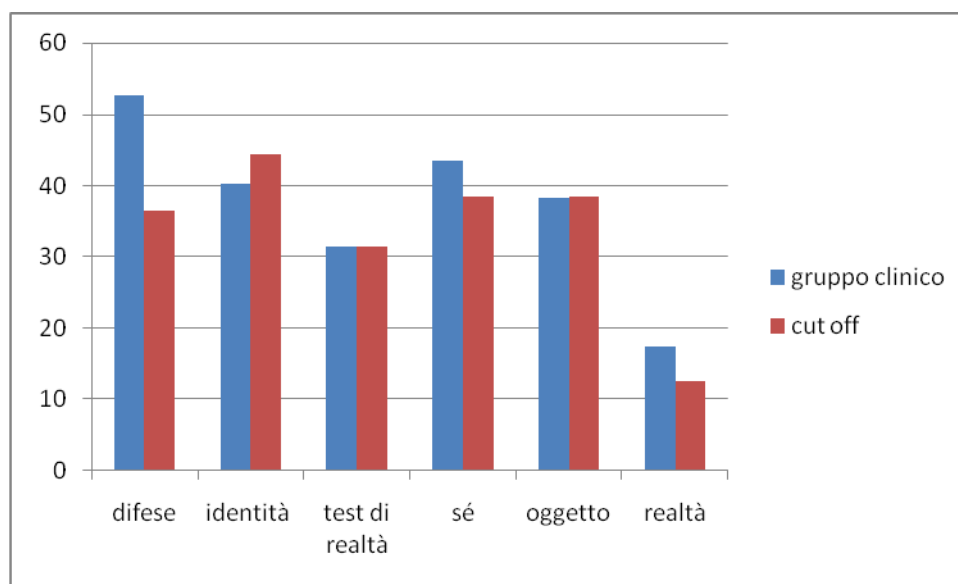
4.5 Risultati

4.5.1 Analisi descrittive

Dall'analisi descrittiva dei punteggi ottenuti all'IPO dal nostro gruppo di soggetti abbiamo ottenuto i seguenti risultati: considerando la versione originale la scala delle Difese Immature ha una media di 52,6 compresa tra 26 e 90 con una deviazione standard pari a 16,8; la Diffusione dell'Identità ha una media di 40,3 compresa tra 23 e 65 con una deviazione standard pari a 10,8; il fattore Esame di Realtà ha una media di 31,5 compresa tra 20 e 51 con una deviazione standard di 7,3; invece, per la versione italiana dell'IPO, la

Rappresentazione di Sé presenta una media di 43,5 compresa tra 27 e 65 con una deviazione standard di 10,3; la Rappresentazione dell'Oggetto ha una media di 38,3 compresa tra 20 e 58; la Distorsione dell'Esame di Realtà ha una media di 17,5 compresa tra 11 e 31 con una deviazione standard di 5,6. Rispetto ai punteggi *cut off*, individuati dal lavoro che abbiamo condotto sulle caratteristiche psicometriche dell'IPO, si evince che il nostro gruppo clinico rispetto ai criteri delle Difese Immature, Rappresentazione di Sé e Distorsione della Realtà mostra una media superiore al livello di *cut off*; la media della Diffusione dell'Identità del nostro gruppo, invece, è inferiore al *cut off* mentre i fattori Rappresentazione dell'Oggetto ed Esame di Realtà risultano pari al punto *cut off* individuato nel nostro precedente lavoro. (Vedi Grafico 2).

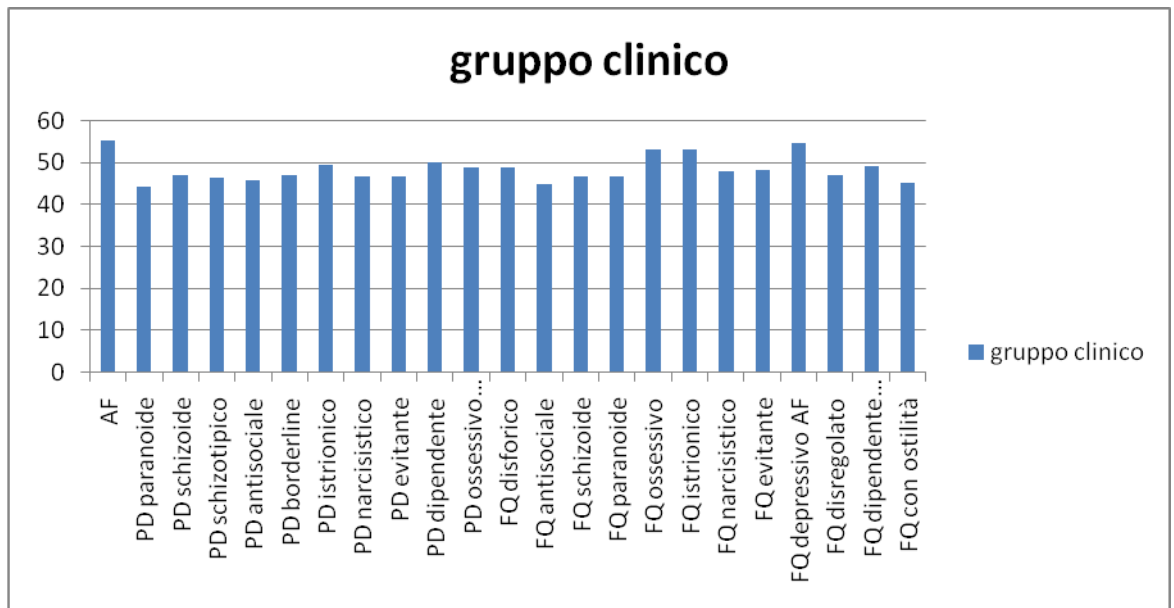
Grafico 2: medie e confronto con i cut off dell'IPO.



Per quanto riguarda i risultati della SWAP il nostro gruppo mostra una media al fattore dell'Alto Funzionamento pari a 55,3 (ds= 9,2), per quanto riguarda i fattori PD nessuno supera il punteggio di 60, il fattore Dipendente ha la media più alta pari a 50,1 (ds= 7,6) mentre tutti gli altri fattori PD mostrano medie inferiori al punteggio di 50, quello con media più bassa è il fattore Paranoide (m= 44,3; ds= 8,7). Per quanto riguarda i fattori Q, invece, quello con la media più alta è il fattore Depressivo ad Alto Funzionamento pari a 54,7 (ds= 8,3), a

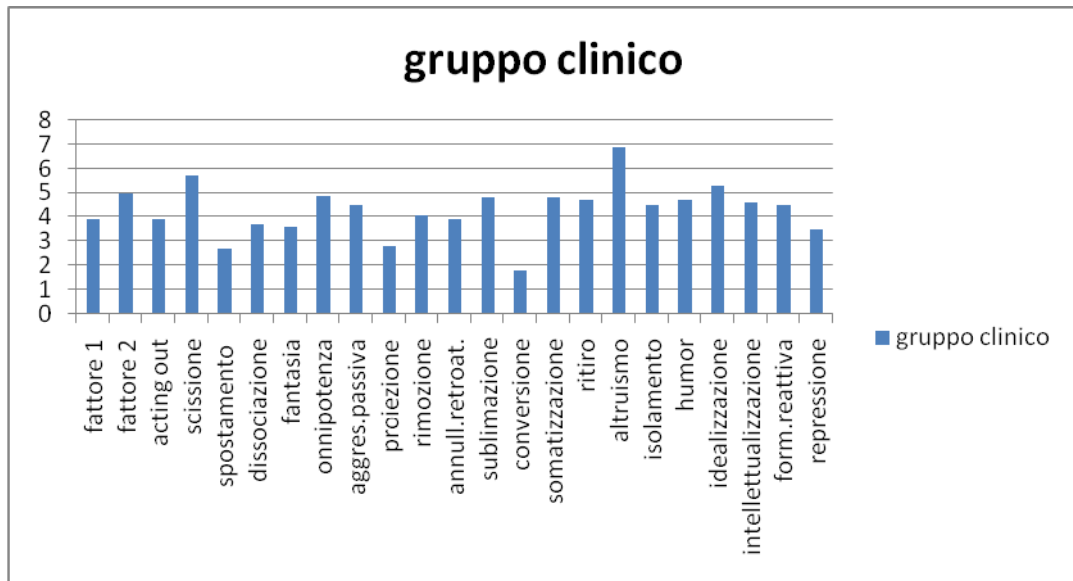
seguire i fattori Q Istrionico ($m= 53,2$; $ds= 5,7$) e Ossessivo ($m= 53,3$; $ds= 7,6$) hanno una media superiore al punteggio 50 e tutti gli altri fattori Q hanno una media inferiore al 50. Il fattore Q con media più bassa è l'Antisociale con media di 45,1 e deviazione standard pari a 4,4 (Vedi Grafico 3).

Grafico 3: fattori PD e Q della SWAP



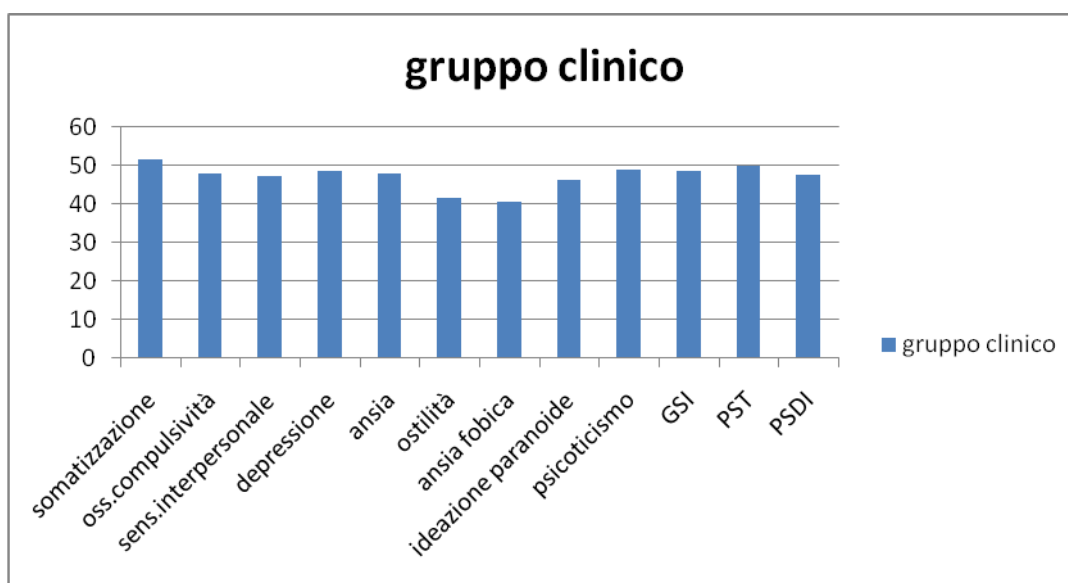
Dai risultati della REM-71 abbiamo osservato che il Fattore 2, delle difese più mature, ha una media ($m= 5$; $ds= 1,3$) superiore rispetto al Fattore 1, delle difese meno mature ($m= 3,9$; $ds= 0,8$). Inoltre tra tutte le difese del Fattore 1 quella che ha una media maggiore è la Scissione ($m= 5,7$; $ds=1,8$) mentre quella che ha ottenuto la media più bassa è la Conversione ($m= 1,8$; $ds= 2$); tra le difese del Fattore 2 quella con media più alta è l'Altruismo ($m= 6,9$; $ds= 1,5$) e quella con la media più bassa è la Repressione ($m= 3,5$; $ds= 1,6$). (Vedi Grafico 4).

Grafico 4: risultati REM-71



I risultati ottenuti all'SCL-90 sono stati standardizzati in punti T ($m= 50$; $ds= 10$) seguendo le norme del manuale dello strumento (Derogatis, 1983) che fanno riferimento ad una popolazione di pazienti psichiatrici. Dall'analisi descrittiva di questi punteggi risulta che nessuna dimensione sintomatica supera una deviazioni standard dalla media: la scala più elevata è quella della Somatizzazione che presenta una media di 51,7 con una deviazione standard di 8,9; per quanto riguarda i tre indici dello strumento nessuno ha una media che arriva a un punteggio di 50, in particolare il GSI ha media 48,7 ($ds=8,6$), il PST ha media di 49,9 ($ds= 7,2$) e il PSDI mediamente ha un punteggio di 47,8 ($ds= 10$). (Vedi Grafico 5).

Grafico 5: risultati dell'SCL-90



Per un ulteriore approfondimento sui profili diagnostici ottenuti attraverso le diverse valutazioni effettuate, diagnosi clinica in ICD IX di tipo categoriale, diagnosi di organizzazione strutturale attraverso l'IPO, diagnosi dimensionale sulle caratteristiche della personalità con la SWAP, tipo di meccanismi di difesa rilevati con la REM e principali dimensioni sintomatologiche dei 23 soggetti del nostro studio, rimandiamo alla Tabella 5 a/b.

Tabella 5/ a: diagnosi ICD e indici IPO

Sogg.	ICD IX	Difese	identità	es.realtà	sé	oggetto	realtà
1	depressione	59	36	26	48	38	12
2	disturbo d'ansia	38	26	26	33	24	12
3	anoressia nervosa	90	55	51	64	58	31
4	disturbo di panico	36	43	21	36	31	14
5	disturbo di panico	56	40	32	45	36	20
6	reazione di adattamento	51	32	37	41	35	18
7	reazione di adattamento	51	32	37	41	35	18
8	disturbo dell'alimentazione NAS	39	33	26	37	29	13
9	sindrome ossessivo-compulsiva	72	39	37	45	46	17
10	stato d'ansia	76	65	34	65	47	27
11	depressione maggiore	64	48	27	51	42	17
12	depressione	26	23	20	27	20	12
13	stato d'ansia	32	35	25	33	27	11
14	stato d'ansia	42	37	31	38	36	17
15	stato d'ansia	41	28	28	30	32	15
16	stato d'ansia	39	40	28	39	33	19
17	reazione di adattamento	82	64	38	62	53	31
18	stato d'ansia	61	43	25	44	34	19
19	mania episodio singolo senza comportamento psicotico	61	48	36	49	53	17
20	disturbo ciclotimico	35	31	30	37	29	12
21	disturbo d'ansia	61	37	32	41	53	14
22	depressione	43	45	33	40	38	21
23	anoressia nervosa	56	46	44	54	51	16

Tabella 5/b: principali indici SWAP, REM,SCL

Sogg.	AF	DP-SWAP	difese mature	difese immature	GSI
1	49,58	no	5,6	4,4	56
2	51,84	no	5,6	3,7	33
3	41,13	istrionico	1,7	3,9	56
4	47,31	paranoide	5,8	3,4	40
5	44,6	no	8,5	3,7	58
6	54,15	dipendente	3,4	2	45
7	62,6	no	5,3	3,7	56
8	55,82	ossessivo	6,2	4,4	44
9	56,03	narcisistico	5,9	4,3	58
10	54,38	evitante	4,5	4,9	57
11	55,62	no	6,2	4,4	53
12	52,58	no	5	3,1	45
13	46,72	schizoide	3,7	3,3	49
14	74,26	no	4,6	3,3	38
15	69,23	no	5,9	4,6	47
16	57,47	no	5,9	4,6	38
17	49,97	no	3,79	5,73	61
18	69,45	no	4,95	3,23	49
19	53,91	istrionico	3,45	4,57	56
20	74,6	no	4,6	2,9	33
21	55,5	no	4,2	5,2	50
22	45,33	no	5,86	3,71	57
23	49,87	narcisitico	5,55	3,95	53

4.5.2 Confronti tra gruppi

I pazienti a cui è stato rilevato un disturbo di personalità (DP) con la SWAP sono 9: 2 disturbi istrionici della personalità, 2 disturbi narcisistici, 1 evitante, 1 paranoide, 1 schizoide, 1 ossessivo e 1 dipendente (Vedi Tabella 5/b). Gli altri 14 soggetti del gruppo non soddisfano, invece, i criteri per una diagnosi di disturbo della personalità. Dal confronto tra questi due gruppi di pazienti ai risultati dell'IPO non sono state evidenziate differenze statisticamente significative, né considerando i tre fattori della versione originale, né le tre scale dell'adattamento italiano del test. Questo risultato non conferma la nostra ipotesi iniziale per cui i soggetti con DP avessero punteggi più elevati ai fattori Difese Immature,

Diffusione dell'Identità, Rappresentazione di Sé e Rappresentazione dell'Oggetto. Per un ulteriore approfondimento di questo risultato abbiamo confrontato le medie ottenute ai fattori della REM-71 e dell'SCL-90, per individuare eventuali differenze tra i due gruppi e abbiamo rilevato che il gruppo dei 9 soggetti con diagnosi di DP non si distinguono in modo statisticamente significativo dai soggetti senza DP né per i meccanismi di difesa, né per la sintomatologia presentati.

Inoltre, i pazienti sono stati suddivisi in personalità anaclitiche e introiettive sulla base del loro punteggio più elevato ottenuto ai fattori PD della SWAP. I soggetti considerati personalità anaclitiche sono coloro che hanno ricevuto punteggio più elevato ad uno dei fattori: borderline, istrionico, evitante e dipendente; mentre gli introiettivi sono coloro che hanno un punteggio superiore ad uno dei fattori: paranoide, schizoide, schizotipico, antisociale, narcisistico, ossessivo-compulsivo (Vedi Tabella 6).

Tabella 6: personalità anaclitiche e introiettive

Sogg.	Personalità Anaclitiche	Personalità Introiettive
1		Schizoide 54,63
2		Paranoide 54,48
3	Istrionico 63,07	
4		Paranoide 63,92
5	Istrionico 54,54	
6	Dipendente 64,92	
7	Dipendente 60,23	
8		Narcisistico 49,54
9		Narcisistico 61,39

10	Evitante 58,45	
11	Dipendente 57,56	
12		Ossessivo-compulsivo 57,92
13		Schizoide 60,48
14		Antisociale 46,33
15	Istrionico 50,88	
16		Ossessivo-compulsivo 57,42
17	Dipendente 57,61	
18		Ossessivo-compulsivo 51,88
19	Istrionico 58,89	
20		Narcisistico 52
21	Dipendente 50,16	
22	Dipendente 56,77	
23		Narcisistico 56,44

Da questa classificazione abbiamo ottenuto 12 soggetti con personalità introiettiva e 11 con personalità anaclitica e dal confronto alle scale Rappresentazione di Sé e Rappresentazione dell'Oggetto sono emerse delle differenze statisticamente significative. Come ipotizzato le personalità anaclitiche hanno una media significativamente superiore alle due scala dell'IPO derivate dall'analisi fattoriale italiana Rappresentazione di Sé ($t = -2,2$; sign. .037) e Rappresentazione dell'Oggetto ($t = -2,8$; sign..010) (Vedi Tabella 7).

Tabella 7: confronto tra personalità analitiche e introiettive

	Personalità analitiche	Personalità introiettive	t di Student
Rappresentazione di Sé	m =48,1 ds =11,4	m = 39,2 ds =7,4	t= -2,2 sign..037
Rappresentazione dell'Oggetto	m = 43,8 ds =9,3	m = 33,2 ds = 8,8	t = -2,8 sign..010

4.5.3 Analisi delle correlazioni

Dall'analisi delle correlazioni tra le scale dell'IPO e i fattori della SWAP è emerso che non tutti i fattori SWAP correlano in modo positivo con i criteri strutturali dell'IPO, sia considerando la sua versione originale che quella italiana. Il fattore dell'Alto Funzionamento, in particolare, non correla con nessuno degli indici del test di Kernberg, nonostante avessimo ipotizzato una relazione negativa.

Sono comunque emerse delle correlazioni significative tra alcuni fattori della SWAP e i criteri strutturali dell'IPO: le sei variabili misurate con l'IPO, sia nella sua versione USA (Difese Immature, Diffusione dell'Identità ed Esame di Realtà,) che in quella italiana (Rappresentazione di Sé, Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà) mostrano una correlazione negativa con il Fattore Q Ossessivo; i fattori IPO, Difese Immature, Esame di Realtà, Rappresentazione di Sé e Rappresentazione dell'Oggetto, correlano in modo positivo con i PD Borderline e Istrionico. Inoltre c'è una correlazione positiva tra il Fattore Q Istrionico e l'Esame di Realtà; tra il Fattore Q Dipendente-Masochista, le Difese Immature e la Distorsione della Realtà; una correlazione negativa, invece, tra il PD Ossessivo-compulsivo, le Difese immature, l'Esame di Realtà e la Rappresentazione dell'Oggetto (Vedi tabella 8 a/b).

Tabella 8/a: correlazioni significative tra IPO versione USA e SWAP

	IDENTITA'	DIFESE	ESAME DI REALTA'
FQ OSSESSIVO	r -.465 sign .025	r -.431 sign. .040	r -.415 sign. .049
FQ ISTRIONICO	NS	NS	r .478 sign. .021
FQ DISREG.DIPEND- MASOCHISTA	NS	r .479 sign. .021	NS
PD BORDERLINE	NS	r .428 sign..042	r .525 sign. 010
PD ISTRIONICO	NS	r .456 sign. .029	r .663 sign. .001
PD OSSESSIVO- COMPULSIVO	NS	r -.425 sign. .043	r -.651 sign. .001

Tabella 8/b: correlazioni significative tra IPO versione italiana e SWAP

	SE	OGGETTO	REALTA'
FQ OSSESSIVO	r -.456 sign. .029	r -.448 sign. .032	r -.489 sign. .018
FQ DISR. DIPEND- MASOCHISTA	NS	NS	R .571 sign. .004
PD BORDERLINE	r .419 sign..045	r .477 sign. .021	NS
PD ISTRIONICO	r .426 sign. .042	r .577 sign. .004	NS
PD OSSESSIVO COMPULSIVO	NS	r -.466 sign. .025	NS

Dal calcolo delle correlazioni tra i criteri dell'IPO e i fattori della REM-71 abbiamo ottenuto dei risultati significativi in linea con le nostre ipotesi iniziali. In particolare delle scale della versione originale dell'IPO la Diffusione di Identità e le Difese Immature hanno una relazione positiva e significativa con il Fattore 1 (difese meno mature) e specificatamente con le difese del Fattore 1 Spostamento, Dissociazione e Rimozione, mentre l'Acting Out correla in modo positivo solo con le Difese Immature, la Proiezione correla con tutti e tre i criteri strutturali della versione USA dell'IPO, la Sublimazione correla in modo negativo con le Difese Immature e l'Esame di Realtà e il Ritiro ha una relazione, sempre di tipo negativo e significativo, con l'Esame di Realtà. Per quanto riguarda le difese del Fattore 2 (difese più mature) abbiamo rilevato una relazione negativa tra il Fattore 2, l'Altruismo, l'Umorismo e l'Esame di Realtà; l'Intellettualizzazione correla in modo negativo con tutti e tre i criteri strutturali e la Formazione Reattiva solo con la Diffusione dell'Identità (Vedi Tabella 9).

Tabella 9: correlazioni significative tra l'IPO versione USA e la REM-71.

*difese del fattore2 (più mature)

**difese del fattore1 (meno mature)

	IDENTITA'	DIFESE	ESAME DI REALTA'
FATTORE 1	r.519 sign..015	r.701 sign..000	NS
FATTORE 2	NS	NS	r-.448 sign..032
ACTING OUT**	NS	r.618 sign..002	NS
SPOSTAMENTO**	r.480 sign.020	r.535 sign.009	NS
DISSOCIAZIONE**	r.436 sign..037	r.432 sign..040	NS
PROIEZIONE**	r.689 sign..000	r.791 sign.000	r.617 sign..002
RIMOZIONE**	r.510 sign.013	r.536 sign..008	NS
SUBLIMAZIONE**	NS	r-.426 sign.043	r-.513 sign.012
RITIRO**	NS	NS	r-.436 sign.037
ALTRUISMO*	NS	NS	r-.549 sign.007
UMORISMO*	NS	NS	r-.427

			sign.042
INTELLETTUALIZZAZIONE*	r-.500 sign..015	r-.649 sign.001	r-.556 sign..006
FORMAZIONE REATTIVA*	r-.437 sign.037	NS	NS

Considerando le scale della versione italiana dell'IPO e i risultati della REM abbiamo rilevato che c'è una correlazione positiva e significativa tra la Rappresentazione di Sé e dell'Oggetto e il Fattore 1 e le sue difese Acting Out e Spostamento. Inoltre la difesa del fattore 1 Dissociazione correla con la Rappresentazione dell'Oggetto, la Rimozione con la Rappresentazione di Sé sempre in modo positivo, mentre la Sublimazione ha una relazione con la Rappresentazione dell'Oggetto di tipo negativa e significativa; la Proiezione, sempre una delle difese del Fattore 1, risulta correlare in modo positivo con tutti e tre i criteri strutturali della versione italiana dell'IPO. Non è stata rilevata alcuna correlazione significativa tra i fattori dell'IPO, Rappresentazione di Sé, Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà e il Fattore 2 (difese mature), mentre c'è una correlazione negativa tra le difese del Fattore 2, Altruismo e Rappresentazione di Sé, Umore, Repressione e Distorsione della Realtà, Intellettualizzazione e tutti e tre i fattori della versione italiana dell'IPO (Vedi Tabella 10).

Tabella 10: correlazioni significative tra l'IPO versione italiana e la REM-71

	SE'	OGGETTO	REALTA'
FATTORE I**	r.465 sign..025	r.562 sign..005	NS
ACTING OUT**	r.480 sign..020	r.655 sign..001	NS
SPOSTAMENTO**	r.497 sign.016	r.541 sign..008	NS
DISSOCIAZIONE**	NS	r.542 sign..008	NS
PROIEZIONE**	r.806 sign..000	r.780 sign..000	r.571 sign..004
RIMOZIONE**	r.571 sign..004	NS	NS
SUBLIMAZIONE**	NS	r-.493 sign.017	NS
ALTRUISMO*	r-.444 sign..034	NS	NS
UMORISMO*	NS	NS	r-.436 sign..038
INTELLETTUALIZZAZIONE*	r-.611 sign..002	r-.612 sign..002	r-.593 sign..003
REPRESSIONE*	NS	NS	r-.504 sign..014

Anche le correlazioni tra i fattori dell'IPO, sia nella sua versione originale che in quella italiana, e le dimensioni sintomatiche calcolate con l'SCL-90 hanno dato dei risultati coerenti con le nostre ipotesi di partenza.

In particolare, il dato che conferma la nostra ipotesi è quello della relazione significativa e positiva tra tutte le scale dell'IPO, in entrambe le versioni, e i tre indici calcolati con l'SCL-90, GSI, PST e PSDI.

Inoltre ci sono delle relazioni significative e positive anche con le dimensioni sintomatiche: Ossessività Compulsività, Sensibilità Interpersonale, Paranoia, Psicoticismo, Depressione e Ostilità; l'Esame di Realtà, criterio strutturale della versione originale dell'IPO, correla in modo positivo anche con l'Ansia. (Vedi tabella 11 a/b).

Tabella 11/a: correlazioni significative dell'IPO versione USA e SCL-90

	IDENTITA'	DIFESE	ESAME DI REALTA'
OSSESSIVITA' COMPULSIVITA'	r .513 sign. .012	r .653 sign. .001	r.457 sign..029
SENS. INTERPERSON	r.702 sign. .000	r .705 sign. .000	r.487 sign..019
DEPRESSIONE	r .429 sign. .041	r.680 sign..000	r.471 sign..023
ANSIA	NS	NS	r.432 sign..040
OSTILITA'	NS	r.663 sign. .001	r.707 sign..000
PARANOIA	r. 620 sign. .002	r .629 sign. .001	r.551 sign..006
PSICOTICISMO	r .724	r.840	r.466

	sign. .000	sign..000	sign..025
GSI	r .663 sign. .001	r.774 sign. .000	r.529 sign..009
PST	r .454 sign. .029	r .597 sign..003	r.454 sign.029
PSDI	r .502 sign.015	r.701 sign..000	r.489 sign.018

Tabella 11/b: correlazioni significative tra l'IPO versione italiana e SCL-90

	SE'	OGGETTO	REALTA'
OSSESSIVITA'	r..622	r.645	r.442
COMPULSIVITA'	sign..002	sign..001	sign..035
SENS. INTERPERSON	r.699 sign..000	r.693 sign..000	r.589 sign..000
DEPRESSIONE	r.558 sign..006	r.627 sign..001	NS
OSTILITA'	r.569 sign..005	r.614 sign. .002	r.517 sign..011
PARANOIA	r.628 sign..001	r.678 sign..000	r.560 sign..005
PSICOTICISMO	r.843 sign..000	r.664 sign..001	r.635 sign..001
GSI	r.746 sign..000	r.676 sign..007	r.624 sign..001

PST	r.548 sign..007	r.550 sign..007	r.471 sign..023
PSDI	r.593 sign..003	r.656 sign..001	r.437 sign..037

4.6 Discussione dei risultati

Lo studio di ricerca che abbiamo condotto mette in evidenza come un approfondimento diagnostico multistrumentale offra una possibilità di lettura su più livelli della psicopatologia e del funzionamento mentale dei pazienti del servizio pubblico in esame; da questo tipo di *assessment*, inoltre si ottengono indici operazionalizzati utili per condurre rilevazioni empiricamente fondate e dei risultati replicabili ed estendibili che possono essere utilizzati per il monitoraggio degli interventi e per la valutazione della loro efficacia al momento della dimissione del paziente dal servizio.

Accanto alle valutazioni cliniche effettuate dal servizio per mezzo dell'ICD IX, infatti, abbiamo riportato i dati ottenuti con i test *self report* e *report form* previsti dal protocollo di ricerca. Da questi risultati abbiamo tracciato una sorta di profilo del gruppo dei 23 soggetti.

A livello strutturale mostrano mediamente dei punteggi pari o poco superiori ai *cut off* individuati (vedi capitolo 3) alle scale dell'IPO tranne che per il criterio Diffusione dell'Identità che invece è inferiore al punto limite. Ciò indica che per quanto riguarda l'organizzazione strutturale di personalità il nostro gruppo non mostra mediamente una grave compromissione dei principali criteri strutturali, immaturità difensiva, rappresentazione di sé e dell'oggetto e distorsione della realtà, dunque complessivamente è un gruppo di pazienti con una struttura vicina ad un'organizzazione di tipo nevrotico. Alla valutazione dimensionale della personalità, effettuata per mezzo della SWAP-200, i soggetti mostrano un Alto Funzionamento nella media e nessun tratto patologico della personalità è predominante, la media superiore è quella del Fattore Q Depressivo di Alto

Funzionamento (54,7): questo indica che i 23 pazienti mediamente non mostrano forti tratti patologici della personalità. Per quanto riguarda i meccanismi di difesa misurati con la REM-71 il gruppo ha una media maggiore al fattore delle difese più mature e adattive rispetto al fattore delle difese meno mature, inoltre il meccanismo più utilizzato dal gruppo è l'Altruismo che rientra sempre tra le difese più funzionali. Anche per quanto riguarda la sintomatologia, rilevata per mezzo dell'SCL-90, il gruppo non mostra punteggi particolarmente elevati di gravità e sofferenza soggettiva. La dimensione sintomatica mediamente più elevata è la Somatizzazione. Complessivamente perciò il gruppo non mostra gravi compromissioni psicopatologiche e questo dato è in linea con la valutazione clinica del servizio che ha indicato a tutti i 23 utenti di iniziare un trattamento di psicoterapia.

Obiettivo di questo lavoro era anche introdurre l'IPO in una batteria diagnostica di strumenti al fine di ottenere ulteriori prove della sua utilità clinica ed empirica e della sua validità concorrente e discriminante.

Per questo abbiamo confrontato dei sottogruppi costruiti considerando la variabile disturbo di personalità e personalità anaclitica e introiettiva ed effettuato le correlazioni tra i fattori dell'IPO e le scale degli altri strumenti, SWAP-200, REM-71 ed SCL-90.

Per quanto riguarda la variabile disturbo di personalità è emerso che all'interno del gruppo in esame solo 9 soggetti soddisfano i criteri SWAP per averne diagnosi, mentre gli altri 14 no. Dal confronto delle medie ai fattori IPO, sia della versione originale che di quella emersa dal lavoro di adattamento italiano, si evince che non ci sono differenze statisticamente significative. Questo risultato non conferma la nostra ipotesi iniziale per cui l'IPO avrebbe dovuto mostrare punteggi più elevati, dunque una maggiore compromissione strutturale, nei soggetti con DP. Il dubbio è che la scarsa rappresentatività dei sottogruppi clinici possa influire su questo dato: proprio per questa ragione abbiamo confrontato i due gruppi anche rispetto alle difese e alla sintomatologia, assumendo che qualora la variabile DP dovesse influire sui livelli di gravità anche alle scale della REM e dell'SCL avremmo dovuto rilevare delle differenze statistiche. Anche da questi confronti, invece, non abbiamo rilevato differenze statisticamente significative e questo dato ci fa riflettere sul fatto che questo tipo di analisi dovrebbero essere

ripetute su un campione maggiormente rappresentativo della popolazione DP. Sulla base del costrutto su cui si fonda l'IPO, infatti, lo strumento dovrebbe essere un buon rilevatore di sottocategorie diagnostiche di disturbi della personalità, in particolare per quanto riguarda i disturbi borderline e narcisistici della personalità (Kernberg, 2004).

In ogni caso abbiamo confrontato anche due sottogruppi clinici, personalità anaclitiche e introiettive, sulla base del modello evolutivo di Blatt e Levy (1998), utilizzato anche per la costruzione del PDM, che considera alcuni disturbi della personalità specchio di una compromissione della capacità di stabilire e mantenere una buona relazione con l'altro e dunque di un' adeguata rappresentazione interna di sé e dell'oggetto, legata alla linea evolutiva *anaclitica*; mentre altri disturbi della personalità sono maggiormente dovuti ad una carenza nella costruzione di una propria immagine interna consolidata, prodotto della linea evolutiva *introiettiva*. Dal confronto dei fattori della versione italiana dell'IPO, Rappresentazione di Sé e Rappresentazione dell'Oggetto, tra le due categorie anaclitica e introiettiva, abbiamo rilevato, confermando la nostra ipotesi, che le personalità anaclitiche hanno un punteggio significativamente superiore rispetto alle personalità introiettive. Questo dato, a nostro avviso, è un'ulteriore prova a sostegno della validità dell'IPO che è stato costruito proprio per rilevare e distinguere un tipo di organizzazione strutturale propria dei pazienti con disturbo borderline della personalità e dunque con una maggiore compromissione nella capacità di avere un'adeguata immagine di sé, dell'altro e della relazione tra sé e l'altro che influisce nella loro capacità di stabilire e mantenere delle relazioni. Ulteriori sviluppi a sostegno della validità delle scale emerse dallo studio di adattamento italiano dell'IPO mireranno anche a verificare se la Rappresentazione di Sé e dell'Oggetto possano discriminare anche un funzionamento tipico dei disturbi narcisistici della personalità.

Altri dati a sostegno della validità dell'IPO, sia nella sua versione originale che in quella emersa dal nostro studio italiano, sono i risultati delle analisi delle correlazioni con le dimensioni di personalità della SWAP-200, i meccanismi di difesa della REM-71 e le dimensioni sintomatiche dell'SCL-90. Infatti, per quanto riguarda la SWAP, abbiamo rilevato delle correlazioni positive tra tutti i criteri strutturali e i PD Borderline e Istrionico, mentre la relazione è negativa con il

fattore Q Ossessivo. Questo dato è coerente con il modello di Kernberg (2004) per cui una struttura più compromessa della personalità, quella cioè che definisce “organizzazione borderline”, soggiace a disturbi quali Borderline e Istrionico di personalità mentre una struttura più vicina ad un’organizzazione nevrotica, dunque meno compromessa, è propria di un disturbo Ossessivo-Compulsivo della personalità così come di disturbi Isterico e Depressivo-Masochistico. Il dato che invece cercheremo di approfondire in indagini future è l’assenza di correlazione tra i fattori dell’IPO e il fattore di Alto Funzionamento della SWAP, fattori che ipotizzavamo correlare in modo negativo per sostenere l’idea che l’IPO sia uno strumento in grado di cogliere delle organizzazioni di personalità proprie di individui che presentano un funzionamento psicologico particolarmente compromesso.

Anche i risultati delle correlazioni con la REM sono in linea con le nostre ipotesi iniziali: il criterio Difese Immature dell’IPO infatti mostra una relazione positiva significativa con il fattore delle difese meno mature della REM e con l’Acting Out, la Proiezione, lo Spostamento, la Dissociazione e la Rimozione, mentre mostra una relazione negativa con le difese più mature Sublimazione e Intellettualizzazione. Oltre a questi risultati, adeguati per ampliare le prove a sostegno di una buona validità dell’IPO, abbiamo rilevato che anche gli altri criteri strutturali dell’IPO, sia quelli della versione USA che quelli della versione italiana, mostrano di avere correlazioni negative con le difese più mature (come l’Intellettualizzazione) e positive con le difese meno mature.

La struttura di personalità rilevata con l’IPO mostra anche di essere in relazione con una maggiore sofferenza sintomatologica percepita e con un maggior numero di sintomi denunciati dal soggetto, ne è data prova dalle analisi di correlazione effettuate tra fattori IPO e dimensioni dell’SCL-90. Oltre ad una correlazione positiva con i tre indici sintomatologici, i sei fattori dell’IPO correlano con la Paranoia, lo Psicoticismo, l’Ostilità e la Sensibilità Interpersonale, tutte caratteristiche rilevate e sottolineate nel modello di Kernberg come proprie di una organizzazione strutturale borderline della personalità.

Questo studio può essere considerato un lavoro pilota che propone una valutazione multi strumentale di un gruppo di pazienti che hanno richiesto un trattamento ad un servizio psichiatrico pubblico, questa valutazione permette un

approfondimento clinicamente utile per tracciare un profilo del funzionamento del paziente considerando più livelli: quello sintomatico, quello dimensionale della personalità e quello strutturale, dunque la valutazione dei criteri psicodinamici quali meccanismi di difese, identità, rappresentazioni di sé e dell'oggetto, esame di realtà; informazioni che integrano la valutazione di *routine* emessa dal servizio per mezzo dell'ICD IX. Questo tipo di *assessment*, oltre a permettere di tracciare una panoramica del funzionamento mentale del paziente, offre la possibilità di individuarne punti di forza e di debolezza al fine di potergli fornire la migliore indicazione di trattamento. La rilevazione di indici numerici, di dati dunque operationalizzati, garantisce la possibilità di condurre degli studi empirici che hanno un certo fondamento scientifico.

Inoltre, da questo nostro lavoro, abbiamo potuto fornire un'esemplificazione applicativa dell'IPO in quanto strumento per lo *screening* e per la raccolta di dati sugli aspetti strutturali dell'organizzazione di personalità di soggetti afferenti ad un servizio pubblico. Abbiamo anche potuto rilevare diversi risultati a sostegno della buona validità dell'IPO rispetto ad un gruppo di soggetti tratti dalla popolazione clinica italiana, lavoro che approfondisce e amplia i risultati emersi dagli studi di adattamento italiano di questo strumento (Lenzenweger et al., 2001; Ellison & Levy, 2011).

Conclusioni

Il lavoro presentato nasce dalla necessità di introdurre strumenti di rilevazione empirica dei dati nei contesti clinici delle istituzioni che si occupano della salute mentale, da un lato, e dall'altro dalla constatazione dei limiti imposti da tali contesti e delle difficoltà di ottenere dati utili sia per la ricerca sia per il lavoro clinico degli operatori. La collaborazione pluriennale tra i Centri di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Locale RmA e il dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università "Sapienza" di Roma mi ha permesso di entrare nel vivo del lavoro di ricerca sull'efficacia e l'efficienza degli interventi di psicoterapia e di riabilitazione, e di interrogarmi circa i problemi relativi all'uso di strumenti diagnostici troppo spesso limitati alla rilevazione di specifiche sintomatologie o a una generica valutazione dello "stato di benessere versus malessere" dei pazienti, attraverso questionari *self-report*.

La diagnosi è infatti il punto di partenza di qualsiasi processo mirato a favorire una convergenza di interessi fra clinica e ricerca: come processo di conoscenza e di identificazione di uno stato psicopatologico, serve ai clinici per la progettazione e il monitoraggio degli interventi; d'altra parte, la diagnosi costituisce la fase "zero" nella rilevazione di dati che permettano una valutazione del processo e dell'esito di un trattamento. Dallo studio della letteratura sull'argomento emerge che è ormai decennale il dibattito su quale sia una diagnosi adeguata e a quali esigenze debba rispondere. Indubbiamente da considerare sono tanto l'esigenza del paziente di essere accolto, compreso e aiutato a gestire e superare le proprie difficoltà, quanto l'esigenza dei clinici, che lavorano nei contesti pubblici, di comprendere in poco tempo la reale natura del malessere del paziente per garantirgli l'intervento migliore date le risorse a disposizione, nonché di redigere una cartella ufficiale, attenendosi a parametri precisi e facilmente condivisibili. Il ricercatore, d'altro canto, mira a sviluppare studi metodologicamente rigorosi al fine di verificare l'efficacia dell'intervento e la sua coerenza con le esigenze del paziente e, grazie al monitoraggio, suggerire eventuali proposte per migliorare il lavoro dei clinici.

Nell'ambito di queste riflessioni e per rispondere agli obiettivi indicati, accanto alla diagnosi tradizionale operata dal clinico, che si avvale dei colloqui di presa in

carico per valutare la sintomatologia e il quadro generale psicopatologico del paziente con un manuale empiricamente standardizzato (in Italia è utilizzato tuttora l'ICD-IX), risulta opportuno introdurre dei questionari *self-report* che possano coniugare rigore metodologico e vantaggi clinici, offrendo anche la possibilità di incrociare la valutazione del clinico con l'autovalutazione del paziente senza un eccessivo dispendio di tempo.

L'IPO (*Inventory of Personality Organization*) si presenta come uno strumento adeguato per rispondere a tali esigenze perché, pur risultando sufficientemente *user-friendly* per la sua brevità e agilità di somministrazione, fornisce una valutazione strutturale del funzionamento della personalità fondata sull'*assessment* di variabili psicodinamiche che possono dare indicazioni ai clinici circa l'opportunità di una psicoterapia e la sua fruibilità da parte del cliente.

Sicuramente abbiamo sempre pensato all'IPO come uno strumento integrativo, cioè che accompagnato ad altre misure e ai colloqui clinici, può fornire ulteriori informazioni rilevanti per la comprensione della psicopatologia ed empiricamente necessari per condurre delle ricerche scientifiche.

Come sottolinea lo stesso Kernberg (2004), infatti, la diagnosi strutturale non è la soluzione a tutte le difficoltà di comprensione di un paziente, ma integra le informazioni sui comportamenti sintomatici e sui tratti tipici della personalità con la valutazione di variabili dinamiche soggiacenti, come il livello di maturità delle difese e il grado di integrazione del funzionamento mentale, offrendo così indicatori circa il "gioco di forze" che sottende un certo comportamento o atteggiamento caratteriale. In questo senso, dunque, la valutazione dell'organizzazione di personalità può risultare molto importante in un contesto diagnostico come quello del servizio pubblico, dove è copiosa la domanda e necessario uno *screening* iniziale per economicizzare il processo di erogazione delle prestazioni.

Per utilizzare l'IPO con la popolazione clinica italiana e introdurlo eventualmente come strumento di ricerca per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti, si rendeva necessario standardizzarlo in primo luogo nella popolazione non clinica, al fine di valutare quanto lo strumento, di matrice statunitense, potesse essere valido e affidabile anche in un contesto differente da quello in cui è stato pensato e costruito.

Dall'analisi dei lavori americani è stato avviato il nostro progetto di ricerca: in particolare da due studi sulle caratteristiche psicometriche del questionario: il primo del 2001, ad opera di Lenzenweger e collaboratori, e il secondo del 2011, firmato da Ellison e Levy. Entrambe le indagini hanno rilevato dei buoni parametri sia di validità sia di attendibilità dell'IPO, ma presentano alcuni limiti che abbiamo cercato di approfondire: 1) la ripartizione degli item del test nei tre fattori considerati discriminanti nella teoria clinica di Kernberg per la distinzione fra i tre livelli di organizzazione della personalità (Diffusione dell'Identità, Difese Immature ed Esame di Realtà), non sembra confermata da solidi risultati statistici; 2) in entrambi i lavori il campione è formato esclusivamente da studenti universitari con un'età media tra i 18 e i 19 anni e 3) non ci sono dati su soggetti appartenenti alla popolazione clinica. Il nostro principale obiettivo è stato quindi quello di costruire un campione abbastanza rappresentativo della popolazione italiana adulta, che non avesse mai richiesto aiuto psichiatrico o psicologico presso le strutture sanitarie, e in un secondo tempo abbiamo confrontato i dati "normativi" così ottenuti con un gruppo di soggetti tratti dalla popolazione clinica dei pazienti in cura presso alcuni Centri di Salute Mentale di Roma.

Lenzenweger e collaboratori (2001) hanno concluso, dai risultati di un'Analisi Fattoriale Confermativa, che, accanto alla struttura a tre fattori con cui l'IPO è stato pensato, possa essere considerata statisticamente solida una struttura a due fattori: il primo, come un indice di gravità strutturale comprenderebbe sia la Diffusione dell'Identità che le Difese Immature, e il secondo, l'Esame di Realtà, sarebbe così da considerare un'indice discriminante tra un'organizzazione psicotica e una nevrotica o borderline. Il fattore dell'Esame di Realtà ha mostrato una buona validità nelle analisi correlazionali, ma non sono state effettuate né analisi discriminanti né confronti tra sottocategorie cliniche di pazienti. Lo studio di Ellison e Levy, d'altro canto, ha cercato di ovviare ai limiti di numerosità del campione e delle ridotte informazioni che l'Analisi Fattoriale Confermativa aveva prodotto nel lavoro di Lenzenweger. Il lavoro del 2011, infatti, mostra i risultati di un'Analisi di Equazione Strutturale (ESEM) su un campione non clinico di 1260 soggetti. Da questa analisi è emersa una struttura a quattro fattori: Instabilità del sé e delle relazioni interpersonali, Instabilità degli obiettivi, Esperienze psicotiche, Comportamenti impulsivi ed instabili. In linea con questo secondo

studio, anche il nostro, condotto su un campione italiano, ha rilevato, da un'Analisi Fattoriale Esplorativa, una struttura latente del test differente dall'originale: i nostri tre fattori, Rappresentazione del Sé, Rappresentazione dell'Oggetto e Distorsione della Realtà, organizzano gli item a seconda che il loro contenuto si riferisca ad un'esperienza di sé, a un'esperienza dell'altro con cui si è in relazione e a distorsioni del pensiero e della percezione. Riflettendo sulle conclusioni tratte da Ellison e Levy (2011), secondo cui la loro struttura fattoriale permetterebbe di cogliere delle sfumature cliniche che i tre fattori originali non rilevano, anche dai nostri risultati abbiamo osservato come potrebbe essere interessante utilizzare le scale italiane per lavorare su delle sottocategorie dei disturbi della personalità. Abbiamo quindi cercato di rilevare dei dati empirici a sostegno di queste ipotesi confrontando, nel secondo studio di questa ricerca, le personalità anaclitiche e quelle introiettive, secondo la definizione proposta dal modello di Blatt (1990). I dati rilevati, nonostante si riferiscano a un numero ridotto di partecipanti (N=23) tratti dalla popolazione clinica italiana, hanno mostrato che le variabili Rappresentazione del Sé e Rappresentazione dell'Oggetto (*idem*) risultano maggiormente compromesse nel gruppo delle personalità anaclitiche, confermando le ipotesi di Blatt (1990) secondo cui questo tipo di personalità sarebbe caratterizzato da una maggiore distorsione nell'immagine di sé, dell'altro e della relazione tra sé ed altro, rispetto alle personalità introiettive che invece mostrerebbero una debolezza maggiore nella costruzione e solidità dei confini del sé. Sarebbe opportuno, dunque, testare la validità dei fattori emersi nella popolazione generale applicando l'IPO, con le scale prodotte da questo studio, ad un campione clinico che si differenzi per sottocategorie cliniche e per differenti disturbi della personalità.

Per quanto riguarda il fattore "Distorsione della Realtà" ottenuto con la nostra soluzione fattoriale, inoltre, abbiamo constatato la quasi sovrapponibilità del gruppo di item di questo fattore con gli item che saturano sul fattore "Esperienze psicotiche" nello studio di Ellison e Levy (2011): i due fattori sono infatti composti dagli stessi descrittori a eccezione di tre item, che già nella versione originale appartenevano al fattore "Esame di realtà"; nella struttura fattoriale emersa dal presente studio, due di questi item sono stati eliminati perché mostravano una saturazione insoddisfacente sul fattore "Distorsione della realtà" (*Sento che i miei*

desideri o i miei pensieri si realizzeranno come per magia e Penso di vedere delle cose che, quando guardo più da vicino, appaiono qualcosa di diverso [3]), e il terzo è stato inserito nella variabile “Rappresentazione di sé” su cui mostrava la più elevata saturazione (*Mi sento quasi come se fossi qualcun altro, come un amico o un parente, o anche qualcuno che non conosco.* [363]). E’ ovviamente possibile che la comprensione di questi item nella traduzione italiana, malgrado la conferma ottenuta dagli Autori americani con la *back version*, possa aver influito sull’interpretazione del loro significato clinico, considerando altresì le differenze culturali che intercorrono tra la popolazione italiana e quella statunitense.

Le analisi di validità e attendibilità cui abbiamo sottoposto la struttura fattoriale risultata dal nostro studio, confrontandola con i risultati italiani della struttura fattoriale originale, ci hanno permesso di concludere che l’IPO, anche nella sua versione italiana, è uno strumento valido e attendibile usato in entrambe le forme. Tuttavia, il fattore “Distorsione della realtà” della nostra soluzione fattoriale appare psicometricamente debole, forse anche per il basso numero di item che lo compongono (N=9); d’altra parte, la sua validità dovrebbe essere testata su campioni clinici più rappresentativi e meglio bilanciati per diverse gravità di patologia, dal momento che ci si aspetta che questo fattore discrimini soltanto quelle patologie dove l’esame di realtà risulti esplicitamente disfunzionale: nel gruppo clinico di questa ricerca, inoltre, il piccolo numero di pazienti psicotici presenti è comunque in cura mediamente da cinque anni, dunque vive prevalentemente una fase cronica della sua malattia, non la fase acuta.

Per le analisi correlazionali, condotte anche nei lavori americani, e per testare la validità convergente e discriminante, abbiamo scelto degli strumenti facendo riferimento a un contributo di Clarkin, Kernberg e Somavia del 1998, che hanno proposto un *assessment* per i pazienti con organizzazione borderline che comprendesse la lettura di tre livelli della personalità: sintomatico, dei tratti e della struttura. Così, alla somministrazione dell’IPO al campione non clinico, abbiamo affiancato il BFQ e il PWB, misure dimensionali della personalità che, pur non essendo state concepite con finalità diagnostiche per la psicopatologia, utilizzano descrittori rilevanti in rapporto alle descrizioni fenotipiche di Kernberg (1986, 2004) dei pazienti con organizzazioni borderline di personalità. I risultati di questa analisi hanno soddisfatto le nostre aspettative, evidenziando

una buona validità convergente delle scale dell'IPO (in entrambe le versioni fattoriali), che sembra confermare anche la validità di costrutto dello strumento. Per quanto riguarda il campione clinico utilizzato nel nostro studio, il limite maggiore consiste nel fatto di essere un campione “di comodo”, non randomizzato e non bilanciato per diagnosi, cosa che invece ci proponiamo di fare in lavori futuri. I risultati della valutazione del gruppo clinico di 78 soggetti, divisi tra psicotici e non psicotici, hanno permesso di indagare il grado di accuratezza dell'IPO e la sua capacità di discriminazione rispetto alla gravità della patologia e all'appartenenza al gruppo clinico o non clinico, nonché di individuare i punteggi di *cut-off* per ciascuna scala. Le analisi discriminanti permettono appunto di discutere le conclusioni che Lenzenweger e collaboratori (2001) avevano tratto dal loro studio indicando l'Esame di Realtà come un fattore discriminante all'interno della popolazione clinica tra psicotici e non psicotici. Effettivamente il fattore americano ha mostrato di discriminare significativamente questi due sottogruppi nel nostro primo studio. Dunque possiamo riflettere sul fatto che la variabile pensata dagli Autori del test potrebbe essere adeguata a distinguere e differenziare un gruppo di pazienti con un'organizzazione psicotica che, essendo in trattamento mediamente da cinque anni, non mostrano sintomi positivi della loro patologia, da un gruppo di soggetti clinici ma non psicotici. Mentre, in modo più dettagliato, i nove item che compongono il nostro fattore della Distorsione della Realtà, potranno, come per il fattore trovato da Ellison e Levy, Esperienze psicotiche, identificare pazienti psicotici in fase acuta della loro malattia. Tutte queste ipotesi andrebbero adeguatamente verificate poiché sarebbe utile, sempre pensando a dei contesti pubblici di accoglienza e cura della malattia mentale, avere uno strumento che in modo veloce e poco intrusivo possa fornirci dei dati approfonditi sullo stato mentale del paziente. Per quanto riguarda la distinzione più generale tra soggetti clinici e soggetti non clinici, invece, abbiamo rilevato e dunque confermato la capacità discriminante dell'IPO, sia nella sua versione fattoriale americana sia in quella italiana. Questo dato, insieme agli indici di accuratezza, sensibilità e specificità dello strumento, ci fanno pensare che il questionario possa essere utilizzato come strumento diagnostico per individuare il grado di gravità dei parametri strutturali considerati. I dati emersi dal nostro primo studio incoraggiano a perfezionare e approfondire questo aspetto.

Il lavoro che abbiamo esposto su questa proposta multistrumentale per l'*assessment* vuole essere uno studio pilota rispetto a un filone di ricerca che potrebbe interessare la costruzione di una batteria di strumenti che fornisca dati empirici e indici clinici rilevanti. All'interno di questo secondo studio, abbiamo sottolineato come l'IPO integrasse le informazioni di una batteria di strumenti, tra cui questionari *self report* sui sintomi e i meccanismi di difesa, e uno strumento *report form* sulla valutazione della personalità e della diagnosi clinica emessa dal servizio come di *routine*. Inoltre, attraverso l'analisi delle correlazioni tra questi test, abbiamo ulteriormente rilevato delle prove a sostegno della buona validità dello strumento. Il secondo studio, pur contando un numero ridotto di soggetti (N=23) e pur avendo solo la valutazione iniziale dei pazienti, potrebbe estendere la propria metodologia per indagini sul processo e sull'esito dei trattamenti, così come iniziato dal lavoro di ricerca di De Coro e collaboratori (2011).

Dall'analisi del panorama scientifico passato in rassegna nella prima parte del lavoro e dagli studi empirici condotti nella seconda, possiamo concludere che l'IPO si presenta come uno strumento efficace per la rilevazione di caratteristiche strutturali dell'organizzazione di personalità di pazienti psichiatrici, pur presentando ancora, nella forma attuale, qualche difficoltà nella discriminazione delle organizzazioni psicotiche. Va detto, peraltro, che lo stesso costrutto di esame di realtà – come quello di “distorsione della realtà” – presenta caratteristiche rilevanti piuttosto per una descrizione fenomenologica dei comportamenti e dei sintomi positivi che contraddistinguono la patologia psicotica nelle sue forme acute, e non tanto per una rilevazione di aspetti dinamici di tipo strutturale. Anche la concettualizzazione di Kernberg di una “organizzazione psicotica della personalità” presenta infatti qualche difficoltà nella definizione dei criteri distintivi rispetto all'organizzazione borderline (cfr. Dazzi, De Coro, 2001). D'altra parte, la discriminazione fra struttura nevrotica e struttura borderline, che nel linguaggio psichiatrico più moderno potrebbe tradursi come distinzione fra diversi livelli di integrazione del funzionamento mentale complessivo di una persona (PDM, 2006), può essere considerata di grande rilievo in una diagnosi multifunzionale finalizzata alla progettazione dell'intervento clinico ed alla valutazione empirica della sua efficacia.

La nostra ricerca si pone dunque come un primo contributo verso il definitivo adattamento italiano del questionario di Kernberg, riconoscendone il valore clinico e l'agilità dell'uso nella sua forma breve. Auspichiamo di continuare a lavorare per ovviare ai limiti emersi in questo studio e per costruire una forma italiana dell'IPO definitiva, che possa essere utilizzata come un test diagnostico che implementi le procedure di *assessment* tradizionalmente adottate nei contesti clinici istituzionali, oltre a prestarsi come strumento di ricerca per la valutazione del cambiamento terapeutico nella psicoterapia e nei trattamenti integrati.

APPENDICE

Scale per la valutazione dell'organizzazione strutturale della personalità

(Kernberg & Clarkin, 1995)

Edizione italiana a cura di Valeria Crisafulli (2009)

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica –Università Sapienza di Roma

Questo test contiene delle descrizioni di attitudini, sentimenti e comportamenti che le persone tendono ad assumere nella vita quotidiana. Legga attentamente le affermazioni e risponda nel modo più aperto e spontaneo possibile: cerchi di descrivere i suoi atteggiamenti, i suoi sentimenti e i suoi comportamenti sinceramente, pensando a sé e alla sua vita di ogni giorno. (NON descriva eventuali emozioni o comportamenti che può avere sotto l'effetto di droghe o alcool).

Per rispondere, deve assegnare a ciascuna frase un punteggio tra:

1 = non è mai vero,

2 = è vero raramente,

3 = alcune volte è vero,

4 = è spesso vero

5 = è sempre vero

a seconda di quanto quella affermazione corrisponda alla sua descrizione di sé stessa/o.

sex: M F età: _____ data: _____

1. Tendo a idealizzare molto le persone anche se, in seguito, mi ricredo.

1 2 3 4 5

2. Mi sento come un falso o un impostore, e penso che gli altri mi vedono del tutto diverso da come sono realmente.

1 2 3 4 5

3. Quando tutto intorno a me è instabile e confuso, mi sento allo stesso modo dentro di me.

1 2 3 4 5

4. Sento che le persone di cui una volta avevo un'alta considerazione mi hanno deluso perché non si comportano all'altezza delle mie aspettative.

1 2 3 4 5

5. Mi accorgo che in casa sono una persona diversa da come sono nel lavoro (o a scuola).

1 2 3 4 5

6. Non sono sicuro se una voce che ho sentito o qualcosa che ho visto siano una mia immaginazione oppure no.

1 2 3 4 5

7. Sento che da molto tempo nessuno mi ha realmente insegnato o raccontato qualcosa che io non sapessi già.

1 2 3 4 5

8. Sento che i miei gusti e le mie opinioni non sono davvero miei, ma li ho presi in prestito da altre persone.

1 2 3 4 5

9. Quando sono nervoso o confuso, mi sembra che anche le cose nel mondo esterno non abbiano senso.

1 2 3 4 5

10.Mi riesce difficile fidarmi delle persone, perché spesso mi si rivoltano contro o mi tradiscono.

1 2 3 4 5

11.Alcuni miei amici sarebbero stupiti se sapessero come mi comporto diversamente in circostanze diverse.

1 2 3 4 5

12.Mi sento quasi come se fossi qualcun altro, come un amico o un parente, o anche qualcuno che non conosco.

1 2 3 4 5

13.Ho bisogno di ammirare gli altri per sentirmi sicura/o.

1 2 3 4 5

14.Io oscillo fra l'essere affettuoso e disponibile, in certi momenti, e l'essere freddo e indifferente in altri.

1 2 3 4 5

15.Penso di vedere delle cose che, quando guardo più da vicino, appaiono qualcosa di diverso.

1 2 3 4 5

16.Mi trovo a fare delle cose che in altri momenti penso che non siano sagge, come fare sesso facilmente con molte persone, dire bugie, ubriacarmi, avere scoppi di collera o infrangere le leggi con piccole trasgressioni,

1 2 3 4 5

17.Gli altri dicono che io li provoco o li metto fuori strada per riuscire a fare a modo mio.

1 2 3 4 5

18.Quando mi sento male, non so dire se sia una cosa emotiva o una cosa fisica.

1 2 3 4 5

19.Gli altri mi dicono che non riesco a vedere i difetti in quelli che ammiro.

1 2 3 4 5

20.Non riesco a spiegare i cambiamenti nel mio comportamento.

1 2 3 4 5

21.lo posso vedere o udire cose che nessun altro può vedere o udire.

1 2 3 4 5

22.Sento di non riuscire ad ottenere ciò che voglio.

1 2 3 4 5

23.Agisco seguendo degli impulsi che penso siano socialmente inaccettabili.

1 2 3 4 5

24.Mi capita di udire voci o rumori che gli altri sostengono che in realtà non ci sono.

1 2 3 4 5

25.Gli altri mi dicono che mi comporto in modo contraddittorio.

1 2 3 4 5

26.Mi trovo ad avere rapporti con persone che in realtà non mi piacciono perché mi è difficile dire di no.

1 2 3 4 5

27.Ho udito o visto delle cose senza una ragione.

1 2 3 4 5

28. Penso che le persone, fondamentalmente, siano o buone o cattive: ce ne sono pochi che realmente stanno nel mezzo.

1 2 3 4 5

29. La mia vita, se fosse un libro, mi sembrerebbe più simile ad una serie di racconti brevi scritti da autori diversi che non a un lungo romanzo.

1 2 3 4 5

30. Mi succede di fare delle cose che fanno arrabbiare gli altri e non so perché queste cose li facciano arrabbiare.

1 2 3 4 5

31. Gli altri tendono ad usarmi, a meno che io non faccia molta attenzione.

1 2 3 4 5

32. Mi entusiasmo per hobby e interessi che poi dopo lascio perdere.

1 2 3 4 5

33. Non saprei dire se certe sensazioni fisiche che sento siano reali o se invece le sto immaginando.

1 2 3 4 5

34. Mi comporto in certi modi che agli altri sembrano imprevedibili e un po' stravaganti.

1 2 3 4 5

35. Quando gli altri mi vedono come una persona che ha successo, mi sento esaltata/o, quando mi vedono come uno che ha sbagliato, mi sento distrutto.

1 2 3 4 5

36.Sento che i miei desideri o i miei pensieri si realizzeranno come per magia.

1 2 3 4 5

37.Le persone che preferisco non solo le ammiro, ma quasi le idealizzo.

1 2 3 4 5

38.Ho paura che le persone che diventano importanti per me, improvvisamente cambino i loro sentimenti nei miei confronti.

1 2 3 4 5

39.La gente mi vede come scortese o maleducato, e non so perché.

1 2 3 4 5

40.Mi succede di compiere azioni che mi sembrano giuste mentre le sto facendo, ma poi dopo a stento riesco a credere di averle compiute.

1 2 3 4 5

41.E' difficile per me essere sicuro di ciò che gli altri pensano di me, anche con le persone che mi hanno conosciuto molto bene.

1 2 3 4 5

42.lo capisco e so cose che nessun altro è in grado di capire e sapere.

1 2 3 4 5

43.Gli altri tendono o a schiacciarmi con il loro amore o ad abbandonarmi.

1 2 3 4 5

44.E' difficile per me stare da sola/o.

1 2 3 4 5

45. So che non posso dire ad altri certe cose che so sul mondo ma che agli altri sembrerebbero pazzie.

1 2 3 4 5

46. Tendo a sentire le cose piuttosto intensamente, provando o un'immensa gioia o una grande disperazione.

1 2 3 4 5

47. Io mi vedo totalmente diversa/o in momenti diversi.

1 2 3 4 5

48. Ho visto cose che non esistono nella realtà.

1 2 3 4 5

49. Nel corso di una relazione intima, ho paura di perdere il senso di me stessa/o.

1 2 3 4 5

50. Mi sento come se in precedenza fossi stato in un luogo o avessi fatto qualche cosa, quando in realtà non l'ho fatto.

1 2 3 4 5

51. Gli obiettivi della mia vita cambiano da un anno all'altro.

1 2 3 4 5

52. Non so dire se io desidero soltanto che qualcosa sia vero, o se invece sia realmente vero.

1 2 3 4 5

53. Gli scopi che voglio raggiungere continuano a cambiare.

1 2 3 4 5

54.Credo che le cose possano accadere semplicemente pensandole.

1 2 3 4 5

55.Quando sono coinvolto in un rapporto con qualcuno, poi mi stupisco di scoprire che tipo di persona è in realtà.

1 2 3 4 5

56.In un certo senso, non ho mai saputo veramente come comportarmi con le persone.

1 2 3 4 5

57.Anche le persone che mi conoscono bene non riescono a prevedere i miei comportamenti.

1 2 3 4 5

Bibliografia

- Abbate, L., Massaro, V. (2007). *La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT. La Social Cognition and Object Relation Scale di Drew Westen*. Milano: Raffaello Cortina.
- Amadei, G., De Coro, A., Lang, M., Madeddu, F., Rizzi, P., (2003). *La comprensione clinico-dinamica del colloquio*. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- American Psychiatric Association (1933). Notes and comment: Revised classified nomenclature of mental disorder. *American Journal of Psychiatry*, 90, 1369-1376.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (2 ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980a). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (DSM-III). Tr. It. Milano: Masson 1983.
- American Psychiatric Association (1980b). "Appendice F: le prove sul vampo del DSM III: affidabilità dei valutatori e lista dei progetti sostenuti dallo staff e dai partecipanti". Tr. It. In *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (DSM III)*. Milano: Masson, 1983.
- American Psychiatric Association (1987). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM III)*. Tr. It. Milano: Masson, 1988.
- American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Tr. It. Milano: Masson, 1997.
- American Psychiatric Association (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*. Tr. It. Milano: Masson, 2002.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246–256.
- Arbeitskreis OPD-KJ (2003) (a cura). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindesund Jugendalter*. Bern: Hans Huber.

- Areni, A., Ercolani, A.P., Scalisi, T.G. (1994). *Introduzione all'uso della statistica in psicologia*. Milano: Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- Arntz, A., & Bernstein, D. (2006). Can personality disorders be changed? *Netherlands Journal of Psychology*, 62, 8–18.
- Barron, J. (1998), *Dare un senso alla diagnosi*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G., & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 44–60.
- Bittanti, E., Nazzani, R.G., & Gaddi, C. (1998). Un protocollo per l'attività psicodiagnostica e psicoterapeutica: Esperienza di registrazione dei casi clinici nell'azienda USSL 39 Milano. *Ricerca in psicoterapia* 1 (1), 79-100.
- Blagov, P., Westen, D. (2007). Questioning the coherence of Histrionic Personality Disorder: Borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(11), 785-797.
- Blatt, S.J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In Singer, J.L. (a cura di). *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S.J. (1995). Representational structures in psychopathology. In Cicchetti, D., Toth, S. (a cura di). *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, vol VI: *Emotion, Cognition and Representation*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Blatt, S.J. (2006). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implication for personalità development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 494-520.

- Blatt, S.J., Levy, J.K. (1998), in Barron, W.J. (a cura di). *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Block, J. (1978). *The Q-Sort Method in Personality and Psychiatric Research*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Blomberg, J., Lazar, A., Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First finding of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research*, 11, pp. 361-382.
- Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., Sigal, J.J. (1983). Empirical Study of self-rated defenses style. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Boyle, G.J. (1989). Re-examination of the Major Personality-type Factors in the Cattell, Comrey, and Eysenck scales: Where the Factor Solution by Noller et al. Optimal?. *Personality and Individual Differences*, 10, 1289-1299.
- Bradley, R., Hilsenroth, M., Guarnaccia, C., Westen, D. (2007). Relationship between clinician assessment and self-assessment of personality disorders using the SWAP-200 and PAI. *Psychological Assessment*, 19(2), 225-229.
- Buss, A., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 343-348.
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-156.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. (1993). *Big Five Questionnaire*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.
- Cattell, R.B. (1943). The Description of Personality. Foundations of Trait Measurement. *Psychological Review*, 50, 559-594.

- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbrach, C., Schneider, W., Shusser, G., et al. (2001). OPD validat. *Psychoterapeut*, 46, 122-133.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tan, M., Stasch, M. (2007). The operationalized psychodynamic diagnostic system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40, 209-220.
- Clark, L.A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Clarkin, J.F., Caligor, E. (2010), in Clarkin, J.F., Fonagy, P., Gabbard, G. O. (a cura di). *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorder: Handbook*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B.L., Kernberg, O.F. (2004). *The Structured Interview of Personality Organization*. White Plains, NY: Weill Medical College of Cornell University.
- Clarkin, J.F., Caligor E., Stern B.L., Kernberg, O.F. (2007). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. White Plains, NY: The Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The Personality Disorders Institute, Weill College of Medicine of Cornell University.
- Clarkin, J.F, Kernberg, O., Somavia, J. (1998). Valutare il paziente con disturbo borderline della personalità in vista di una terapia psicodinamica. Tr. It. In Barron, J.W. (a cura di). *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cooper, A.M. (1989). Narcissism and masochism: The narcissistic-masochism character. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 709-722.
- Costa, P.T., Mc Crae, R.R. (1992 a). The five- factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343-359.

- Costa, P.T., Widiger, T. A. (1994). *Personality disorder and five factor model of personality*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1964). *772* approval motive: Studies in evaluative dependence*. New York: Wiley.
- Dahl, H., Kachele, H., Thoma, H. (1988) (a cura di). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Dahlbender, R.W. (2002). *Scwere psychischer Erkankungen und Meisterung internalisierter Beziehungskonflikte*. Ulm: Profund.
- Dahlbender, R.W., Rudolf, G., OPD Task Force (2006). Struttura psichica e funzioamento mentale: Le ricerche attuali sull'attendibilità e la validità clinica della Diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD). Tr.It. in PDM Taske Force (2008). *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (a cura di). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dazzi, N., De Coro, A. (1998). L'indagine sul processo nella psicoterapia psicoanalitica: per uno studio critico dei metodi di ricerca empirica. In Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., Giannone, F. (a cura di). *Valutare le psicoterapie. La ricerca italian..* Milano: Franco Angeli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (a cura di) (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di) (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Coro, A. (2009). La Diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD). Un metodo multi assiale per la diagnosi strutturale della personalità. In Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Coro, A., Andreassi, S. (2004). *La ricerca in psicoterapia*. Roma: Carocci.

- De Coro, A., Andreassi, S., Mariani, R., Ibernì, E., Crisafulli, V., Matarrese, A. (2010). La valutazione degli esiti e del processo nelle psicoterapie offerte dai Centri di Salute Mentale e da un Centro di Psicologia Clinica universitario. *Ricerca in Psicoterapia/ Research in Psychoterapy*, 2(13), 126-147.
- De Coro, A., Andreassi, S., Crisafulli, V., Liberati, V., Fusco, E., Mancini, G. (2011). Dalla valutazione dei pazienti alla valutazione delle psicoterapie nei servizi pubblici: "lavori in corso". *Infanzia e adolescenza*, Vol. 10, No 2.
- De Coro, A., Lang, M. (2006). La diagnosi psicodinamica opeazionalizzata (OPD). In Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (a cura di). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90 R: Administration, scoring and procedures - Manual II* (2^a ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R., Dalla Pietra, L. (1994). Psychological tests in screening for psychiatric disorder. In Maruish, M. (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Di Lallo, J.J., Jones, M., Westen, D. (2009). Personality subtypes in disruptive adolescent males. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(1), 15-23.
- Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.
- Ellison, W.D., Levy, K.N., *Factor Structure and Criterion Relations of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization (IPO) in a Non clinical Sample*. Tesi non pubblicata. The Pennsylvania State University.
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2011, November 21). Factor Structure of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization in a Nonclinical Sample Using Exploratory Structural Equation Modeling. *Psychological Assessment*. Advance online publication.
- Endicott, J., Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, No 7, p. 873-43.

- Fava, E., Masserini, C. (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico. Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Fava, G.A, Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., Grandi, S. (1998). Well-being therapy. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fava, G.A, Ruini, C. (2002). Sequential treatment of unipolar depression. *World Psychiatry* 1, 10-15.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., Sirigatti, S., (2005). Well Being Therapy of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy and Psycosomatics*, 74, 26-30.
- Fenigstein, A., Sheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, Patient Edition (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foelsch, P. A., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., Somavia, J., Normandin, L., & Lenzenweger, M. F. (2000). The Inventory of Personality Organization: Initial psychometric properties. *Manoscritto non pubblicato*.
- Fonagy, P. (2002). Understanding of mental states, mother-infant interactions and the development of self. In Malnando-Duran, M. (a cura di). *Infant and Toddler Mental Health: Models of Clinicians Intervention with Infants and their Families*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P. (2005). An overview of Joseph Sandler's key contributions to theoretical and clinical psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(2), 120-147.
- Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. Tr. It. In OSF, vol 9. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1932). Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). Tr. It. In OSF, vol. 11. Torino: Bollati Boringhieri.

Gabbard, G.O. (2005b). *Psichiatria Psicodinamica*, 4° edizione. Tr. It. (2007) Milano: Raffaello Cortina.

Gabbard, G.O. (2008). *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Gangestad, S., & Snyder, M. (1985). 'To carve nature at its joints': On the existence of discrete classes in personality. *Psychological Review*, 92, 317-349.

Gazzillo, F. (2009) in Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica, Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California at Berkeley.

Gerson, M.-J. (1984). Splitting: The development of a measure. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 157-162.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Goldberg, L.R. (1993). The Structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychologist*, 48(1), 26-34.

Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.

Green, M.A., Curtis, G.C. (1988). Personality disorders in panic patients: Response to termination of antipanic medication. *Journal of Personality Disorders*, 2, 303-314.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.

Gruppo di lavoro OPD (2001) (a cura di), *Diagnosi psicodinamica operazionalizzata*. Ed. It. A cura di De Coro, A. Tr. It. Milano: Masson, 2002.

Gruppo di lavoro OPD (2006). OPD-2 Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento. Tr. It. Conte, M., Fava, E., Ferrari, A., Papini, S.P., Zuglian, P. (a cura di). Milano: Franco Angeli.

Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper, M. R. (1989). The Affective Lability Scales: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 786 –793.

Herzig, A., Licht, J. (2006). Le ricerche empiriche a favore dell'approccio diagnostic symptom-based del DSM. Tr. It. In PDM Task Force (2008). PDM. *Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 531-563.

Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38, 82– 86.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S. E., Bartholomew, K. (1993b). Intrapersonal Problem, Attachment Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61, No 4, 549-560.

Horwitz, L.M., Gabbard, G.O., Allen, J.T. (1996). *Psicoterapia su misura*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina, 1998.

Hortz, S., Stern, B., Caligor, E., Critchfield, K., Kernberg, O.F., Mertens, W., Clarkin, J.F. (2009). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 1464.

Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T. (2009). The Inventory of Personality Organization: Its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 8, Article 9.

Jervis, G., Dazzi, N. (1999). *La psicoanalisi americana e l'Europa*. In Jervis (1999), pp.149-82.

Kachele, H., Thoma, H. (2001). *La ricerca in psicoanalisi: lo studio del caso clinico*. Tr.It. (2003) Urbino: Quattro Venti.

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O.F. (1981). L'intervista strutturale. In Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi Gravi della Personalità*. Tr. It. (1987) Torino: Bollati Boringhieri.

Kernberg, O.F. (1981). The structural interview. *Psychiatric Clinics of north America* , 4, pp.169-95. Tr. It. (1983). L'intervista Strutturale. *Psicoterapia e scienze umane*, 3, pp.22-55.

Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Tr. It. (1987) Torino: Bollati Boringhieri.

Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J.F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.

Kernberg, O.F. (2004). *Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione terapeutica*. Tr. it. (2006) Milano: Raffaello Cortina.

Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.

- Kraus, C., Dammann, G., Rothgordt, J., & Berner, W. (2004). Persönlichkeitsstörungen und persönlichkeitsorganisation bei sexualdelinquenten [Personality disorders and personality organization in sexual offenders]. *Recht & Psychiatrie*, 22, 95–104.
- Lang, M. (1996). La relazione tra psicologo clinico e paziente. In Del Corno, F., Lang, M. (a cura di), *La relazione con il paziente*. Milano: Franco Angeli.
- Lange, C., Heuft, G. (2002). Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 3, 256-269.
- Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 803–814.
- Lauriola, M., Leone, L. (2007), in Ercolani, A.P. (a cura di). *Strumenti statistici per la ricerca, la valutazione e la diagnosi in psicologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lenzenweger, M. F., Bennett, M. E., & Lilienfeld, L. R. (1997). Referential thinking as an indicator of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463.
- Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychotic Properties, factorial composition, and criterion relations with affect aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domain in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (2002) (a cura di). *I risultati della psicoanalisi*. Tr. It. (2006) Bologna: il Mulino.
- Lichtenberg, J.D. (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Tr.It. (1995) Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V. (2009). Il DSM future direzioni. in Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica, Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Lingiardi, V., Dazzi, N. (2009). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM). In Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., Del Corno, F. (2008). Presentazione all'edizione italiana. In *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002). *I meccanismi della difesa. Teoria, valutazione clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., Shedler, J., Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment*, 86, 23-32.
- Livesley, W.J. (2006b). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorders. In Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P.J., Regier, D.A. (a cura di). *Dimensional Model of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V*. Washington DC: American Psychiatric Association, 39-54.
- Loranger, A.W. (1997). International personality disorder examination (IPDE). In Loranger, A.W. *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders*. Cambridge: University Press.
- Loranger, A.W. (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Marin-Avellan, L.E., McGauley, G.A., Campbell, C., Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a personality-disordered population: Is it reliable, valid and useful? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 28-45.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (1989 a). Reinterpreting the Myer-Briggs Type Indicator from the perspective of the Five-factor Model of Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McWilliams, N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Tr. It. Roma: Astrolabio, 1999.
- McWilliams, N. (1999). *Il caso clinico*. Tr. It. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., & Clarkin, J. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'Organisation de la Personnalité. [Evaluation

of the theoretical validity of the Inventory of Personality Organization]. *Canadian of Behavioural Science*, 34, 59 – 65.

Oldham, J., Clarkin, J., Appelbaum, A., Carr, A., Kernberg, P., Lotterman, A., & Haas, G. (1985). A self-report instrument for borderline personality organization. In T. H. McGlashan (Ed.), *The borderline: Current empirical research* (pp. 3–18). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (2005) (a cura di). *Trattato dei disturbi di personalità*. Tr.It. Milano: Raffaello Cortina, 2008.

Orlinsky, D. (2006). Comments on the state of psychotherapy research (as I see it). *Nord-American SPR Newsletter*, January.

Paris, J. (2006). Neurobiological dimensional models of personality: A review of three models. In Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P.J., Regier, D.A. (a cura di). *Dimensional Model of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 61–72.

PDM Task Force, (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Tr. it. a cura di Del Corno, Lingardi. Milano: Raffaello Cortina, 2008.

Picone, L., Ribaudo, F., Pezzuti, F. (2006). *I test nella pratica clinica. Uso e interpretazione*. Roma: Carocci Faber.

Pilkonis, P. A., Kim, Y., Proietti, J. M., & Barkham, M. (1996). Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Disorders*, 10, 355–369.

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21, 365–379.

Porcelli, P (2009). La complessità della diagnosi. La valutazione di problemi psicologici in pazienti medici. in Dazzi, N., Lingardi, V., Gazzillo, F., (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica, Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Prunas, A., Madeddu, F., Pozzoli, S., Gatti, C., Shaw, R., Steiner, H. (2009). The italian version of the Response Evaluation Measure (REM-71). *Comprehensive Psychiatry*, 50 (4), 369-377.
- Rapaport, D. (1960). *Struttura della teoria psicoanalitica . Un tentativo di sistematizzazione*. Tr. it. (1969). Torino: Boringhieri.
- Rapaport, D., Gill, M.M. (1959). I punti di vista e gli assunti della metapsicologia. In Rapaport (1967), pp. 414-30.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (1995). *Life Problems Inventory*. Unpublished manuscript, Montefiore Medical Center/Einstein College of Medicine, New York.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenfeld, H.A. (1987). *Comunicazione e Interpretazione*. Tr. It. (1989) Torino: Bollati Boringhieri.
- Roth, A., Fonagy, P. (2004). *What Work for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research 2nd edition*. New York: Guilford Press.
- Rounsaville, B. J., Alacron, R. D., Andrews, G., Jackson, J. S., Kendell, R.E., Kendler, K. (2002), Basic nomenclature issues for DSM-V. In D.J. Kupfer, M. B. First, D. E. Reiger, *A research agenda for DSM-V* (pp.1-29). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-Being Scales. *Rivista di Psichiatria*, 38,3, 117-130.
- Ryff, C.D, Singer, B., (1996). Psychological well-being: meaning, measurement and implication fo psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.,(1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125–154). Washington, DC: American Psychological Association.

Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., & Madeddu, F. (2011). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Adattamento italiano*. Firenze : Giunti, Organizzazioni Speciali.

Schauenburg, H. (2000). Zum Verhältnis zwischen Bildungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik. In Schneider, W., Freyberg, H. (a cura di). *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of Psychotherapy: The Consumer reports Study. *American Psychologist*, 50: 965-974.

Shea, M.T., Glass, D., Pilkonis, p., Watkins, J., Docherty, J. (1987). Frequency and implications of personality disorders in a sample of depression outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 27-42.

Shedler, J., Westen,D. (2006). La diagnosi della personalità con la Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): accorciare la distanza tra scienza e pratica. Tr. It. In PDM Task Force (2008). *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Milano: Raffaello Cortina.

Schneider, W., Klauer, T., Feryberg, H.J.(2008). Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process.. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuroscience*, 258, suppl.5, 86-91.

Schulz, S. (2004). Affektive Indikatoren strukturelle Storungen. Ergebnisse einer empirischen Studie. In Dhalbender, R.W., Bucheim, P., Schussler, G. (a cura di). *Lerner an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherungin der psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Huber.

Smits, D. J. M., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization–Revised: Construction of an abridged version. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 223–230.

Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.

Speranza, A.M. (2009). La complessità della diagnosi. Il caso dei disturbi alimentari. in Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica, Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1975), *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U., Freyberger, H.J. (2002). Die Strukturakse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 392-397.

Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.

Spitzer, C., Barnow, S., Armbruster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline personality organization and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 210-221.

Steca, P., Accardo, A., Capanna, C. (2001). La misura del coping: differenze di genere e di età. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235, 47-56.

Steiner, H., Araujo, K.B., Koopman, C. (2001). The Response Evaluation Measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adult and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 158, 467-473.

- Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, K.L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35-44.
- Stern, B. L., Kim, Y., Trull, T. J., Scarpa, A., & Pilkonis, P. A. (2000). Inventory of Interpersonal Problems Personality Disorder Scales: Operating characteristics and confirmatory factor analysis in nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 74, 459–471.
- Task Force OPD (2006). *OPD-2 Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: Franco Angeli.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K.T., Satir, D.A., Boisseau, C.L., Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: Validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 170-180.
- Thompson –Brenner, H., Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516-524.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., . . . Peuskens, J. (2009). Outcome and outcometrajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 23, 294–307.
- Vigorelli, M. (2005) (a cura di). *Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Weinryb, R. M., Rossel, R.J., Asberg, M. (1991). The Karolinska Psychodynamic Profile". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (suppl 363), 1-23.

Weinryb, R. M., Rossel, R.J., Asberg, M. (1991). The Karolinska Psychodynamic Profile. II. Interdisciplinary and cross-cultural reliability. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 73-76.

Westen, D. (1997 a). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and evolution of Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154, 895-903.

Westen, D., (1998b). Formulazione del caso e diagnosi di personalità: due processi o uno? in *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., (2005). Diagnosi di personalità e formulazione del caso: due processi o uno? In Barron, J.W., (a cura di) (eds). *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Westen, D., Arkowitz, L. (1998). *Most patients treated in clinical practice for personality pathology cannot be diagnosed on Axis II*. Manoscritto non pubblicato. Cambridge: Harvard Medical School.

Westen, D., Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.

Westen, D., Muddersoglu, S. (2003). Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: Evaluating an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17, 350-368.

Westen, D., Shedler, J. (1999 a). *Revising and assessing Axis II: Developing a clinically and empirically valid method*. Manoscritto non pubblicato. Harvard Medical School Cambridge.

Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.

Westen, D., Shedler, J. (2000a). Un approccio alla diagnosi di personalità basato sulla comparazione con dei prototipi: verso il DSM IV. Tr. It. Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003) (a cura di). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., Shedler, J. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-45.

Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (1998). La diagnosi di personalità con la SWAP-200 in *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F. (1994), A description of the DSM—III—R and DSM—IV personality disorders with the five-factor model of personality. *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality*, pp. 41-56. Washington, DC: American Psychological Association.

Widiger, T. A., Samuel, D. B. (2005). Diagnostic Categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504.